Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 31 stycznia 1880. — № 5. — Rok XIX.

I. Z zakładu fizyjologicznego prof. Dra Piotrowskiego w Krakowie.

Inhalacyje rozpylonych płynów jako sposób wprowadzania leków do miąższu płucnego.

Studyjum doświadczalne

Dra **Stanisława Smoleńskiego.**

Miejscowe stósowanie leków w chorobach miąższu płucnego (przeważnie suchót płucnych) sposobem wziewań, zwłaszcza środków lotnych, nie jest bynajmniéj zdobyczą naszych czasów. Już Reid i Beddoës, później Berguis a za nimi wielu innych zalecali praktykowane do niedawna przebywanie suchotników w stajniach, upatrując w takiém lekowaniu zbawienny wpływ wilgotnego ciepła, amonijaku i bezwodnika węglowego; w końcu zeszłego wieku zaprowadził Rush wziewania smołowe, na początku bieżącego stulecia chwalili Gannal i Cottereau inhalacyje chloru, Reichenbach, M. Solon i inni kreozotu, Berton, Murray, Scudamore, później Piorry par jodowych, Chantroule kazał suchotnikom palić tak zwane cygara jodowe, Huette wziewać eter jodowy, Tournbull etyl jodowy itd. Ze środków lotnych stósowanych lub polecanych w nowszych czasach wspomnę tu tylko o wziewaniach terpentynowych i olejku sosny francuskiéj (przynajmniéj w pewnych postaciach suchót) i w najnowszym czasie wziewanie azotu (Steinbrück, *Memorabil.* 1878, Nr. 6).

Jeżeli pominiemy tu zachwalany przez jednych (Beneke itd.) a potępiany przez innych (Rochard, Boudin, Requin, Bowditch) klimat morski, którego skuteczność pierwsi, a szkodliwość drudzy, tłumaczą wpływem wilgotności powietrza i unoszącéj się w niém soli morskiéj na sprawę chorobową płuc, jeżeli również nie uwzględnimy tu zalecanego przebywania suchotników w pobliżu warzelni solankowych (Schönlein, Tollberg, Prieger i inni), to powiedzieć można, że stósowanie inhalacyj leków płynnych w suchotach płucnych należy do najnowszych czasów, gdyż do niedawna używano takowych prawie wyłącznie w chorobach pierwszych dróg oddechowych, nie zaś samego miąższu płucnego. Pierwsze próby dotyczące użycia metody inhalacyjnéj leków płynnych w suchotach były z jednéj strony naturalnym wynikiem panującego dziś w terapii dążenia do miejscowego stósowania leków, z drugiéj zaś następstwem najnowszych zapatrywań naukowych na przyrodę suchót płucnych. Odkąd zaczęła kiełkować myśl, że „gruźlica“ zawdzięcza swe powstawanie rozwojowi pewnych żyjątek pasorzytniczych w płucach, nic dziwnego, że lekarze przeciwko chorobie téj zaczęli próbować leków odznaczających się własnościami przeciwgnilnemi i niszczącemi najdrobniejsze organizmy, podając takowe najprzód wewnętrznie, a gdy oczekiwania zawiodły, sposobem wziewań. W téj myśli już w r. 1871 Rothe stósował w suchotach płucnych inhalacyje roztworu kwasu karbolowego, dzierżącego wówczas berło pomiędzy lekami antiseptycznemi, inni (Otto, Müller) próbowali lub polecali w tym względzie kwas salicylowy, boraks itp.

Gdy w r. 1875 Salkowski (*Berl. klin. Wochenschrft* Nr. 22) a po nim Fleck i Bachholtz wykazali antiseptyczne własności kwasu bedźwinowego, przewyższającego pod tym względem kwasy karbolowy i salicylowy, lekarze praktyczni nie omieszkali korzystać i z tego środka w leczeniu suchót płucnych za pomocą inhalacyj. To téż w tym samym już roku Dr. Kaczorowski z Poznania powiada (O zastósowaniu terapii do teoryi pasorzytniczéj, Pamiętnik II Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich odbytego we Lwowie 1875 r.), że „leku tego (kwasu bedźwinowego) doświadczał w celach przeciwpasorzytniczych,“ między innemi „w zapaleniach płuc ostrych i przewlekłych, krupowych czy nieżytowych, gdyż środek ten desinfektuje kanaliki płucne,“ oraz podał w tym celu przyrząd do inhalacyj przeciw nieżytowym cierpieniom płuc, przepowiadając kwasowi bedźwinowemu wielką przyszłość.

Trzeba było jednak nowego pochopu ze strony teoretycznéj, by lekarzy zachęcić do dalszych i rozleglejszych w tym kierunku prób i doświadczeń. Bodźcem takim były wywody naukowe Klebsa, który doszedłszy na podstawie poszukiwań tak doświadczalnych jako i drobnowidowych do przypuszczenia, że gruźlica należy do chorób zakaźnych, że powstawanie jéj odnieść należy do pewnych żyjątek, które dostawszy się do ustroju ludzkiego tamże się rozmnażają, wyraził zarazem swe zapatrywanie, że w leczeniu chorych cierpieniem tém dotkniętych winniśmy stósować środki mogące zniszczyć powyższe żyjątka pasorzytnicze (Klebs: *Ueber die Umgestaltung der medic. Anschauungen in den letzten 3 Jahrzehnten* i *Ueber Tuberculose, Amtl. Bericht der 50 Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte in München 1877*). Niebawem też zabrał się Schüller w Gryfii (*Ueber therap. Versuche bei mit tuberculösen etc. Massen inficirten Thieren, Arch. f. experim. Pathol. und Pharmak. T. XI*) do sprawdzenia powyższych poglądów Klebsa drogą doświadczeń terapeutycznych na zwierzętach. Zaszczepiając zwierzętom masy gruźlicze pod skórę (sposób Klebsa) lub wprowadzając takowe przez ranę w tchawicy do narządu oddechowego, stwierdził, że zwierzęta te schorzałe ginęły po pewnym czasie bez wyjątku śród objawów ogólnéj gruźlicy; jeżeli jednak opierając się na podstawie postrzeżeń Browna, według którego bedźwinian sodowy niszczy grzybki błonicowe, stósował Schüller u zwierząt okazujących przypady sztucznie wywołanego schorzenia gruźliczego inhalacyje z rozczynu bedźwinianu sodowego (w stosunku 1 grm. leku na 1000 grm. ciężaru ciała na dobę), natenczas zwierzęta te nie ginęły, lecz przybierały na wadze i wracały do zdrowia. W ślad za doświadczeniami Schüllera, Mosler, Hueter w Gryfii i Rokitański w Innsbruku stósowali systematycznie wziewania rozczynu bedźwinianu sodowego u ludzi suchotami płuc dotkniętych. Dwaj pierwsi do ujemnych zdaje się doszli rezultatów, natomiast nader świetne wyniki takiego lekowania w klinice Rokitańskiego, ogłoszone przez Dra Kroczaka, zajęły naturalnie w wysokim stopniu świat lekarski, tém bardziéj, że sam sposób owego „tymczasowego doniesienia“ musiał budzić wiele wątpliwości, a doświadczenia innych klinicystów zaprzeczyły wręcz wszelkiéj skuteczności wziewaniom bedźwinianu sodowego w suchotach płucnych (Sokołowski, Guttmann, Wenzel, Drasche, Halla i t. d.).

Tyle co do historycznego przebiegu kwestyi, która skłoniła mnie, nie do roztrząsania leczniczéj wartości inhalacyj bedźwinianu sodowego lub tp. w suchotach płucnych, lecz do zastanowienia się ze stanowiska fizyjologicznego nad wziewaniami rozpylonych cieczy w ogólności.

Jeżeli bowiem tak w doświadczeniach Schüllera jako i zabiegach terapeutycznych wzmiankowanych lekarzy przewodnią myślą i zamiarem było przeciwprątkowe miejscowe leczenie suchót płucnych i w tym celu posługiwano się wziewaniami rozpylonego leku ciekłego, to tém samém przypuszczano niechybnie, że lek w ten sposób może dojść aż do samego miąższu płucnego zajętego sprawą chorobową. A jednak wbrew zdaniu Waldenburga, Draschego i innych powiedzieć trzeba, że kwestyja, ażali płyny rozpylone za pomocą wziewań dostają się do miąższu płucnego, nie jest bynajmniéj zasadniczo i ściśle rozstrzygniętą.

Sprawę tę, omawianą już dawniéj przez Trousseaua, Störka i innych, podjął ponownie Schnitzler (*Wien. med. Presse* 1879, Nr. 42) i na podstawie tak nowszych jak i dawniejszych doświadczeń doszedł do wniosku, że część cieczy wziewanéj tylko w bardzo korzystnych warunkach dostaje się po za szparę głosową, że zaś do oskrzeli już nic nie dochodzi. Wyniki te trudno jednak uważać za zupełnie dokładne i ściśle, jeżeli się zważy, że Schnitzler dawał do wziewania ludziom płyny barwiące (1% rozczyn garbnikanu żelazowego lub niebieski indykan karminu) i następnie śledził wziernikiem krtaniowym, jak daleko czarne lub niebieskie plamki po inhalacyi dostrzedz się dają. Można powiedzieć, że musiałyby to już być plamy nie plamki, abyśmy je przy sztucznem oświetleniu dokładnie zwłaszcza po za szparą głosową widzieć mogli; doświadczenia te nie dowodzą więc bynajmniéj, jakoby ciecz rozpylona przy wziewaniu nie miała dochodzić i do głębszych dróg oddechowych.

Jak wiele zależy tu od warunków oświetlenia, szerokości szpary głosowéj, a może i od mniéj lub więcéj dokładnego badania wziernikowego, dowodzą inne już nieco rezultaty Guttmanna, który powtórzywszy badania Schnitzlerowskie, oświadcza (*Berl. klin. Wchft* 1879, Nr. 49), że po jedno lub dwuminutowéj inhalacyi postrzegał nie tylko na więzadlach nalewkowo-nakrywkowych (*lig. ary-eppiglottica*) i głosowych. ale i „na pierwszych pierścieniach tchawicy“ osady barwne. Na téj podstawie Guttmann powiada, że ciecz wziewana przechodzi wprawdzie przez szparę głosową, że jednak małe już tylko ilości dostają się do tchawicy; nie przeczy wprawdzie *a priori* możebności dostawania się płynu wziewanego „do drobniejszych dróg oddechowych,“ ale namienia, że do tego potrzebaby o wiele dłuższego czasu niż się to dzieje przy wziewaniach w celach leczniczych.

Nie rozstrzyga również kwestyi w mowie będącéj zdanie Draschego (*Wien. med. Wchft.* 1879, 50—52), który na podstawie badań również tylko wziernikowych oświadcza, że płyn wziewany dostaje się „głęboko do oskrzeli;“ orzeczenie takie musi budzić pewne wątpliwości, gdyż nie wiadomo, jakim sposobem Drasche mógł dotrzeć wzrokiem aż do głębi oskrzeli.

Niektórzy znów lekarze, przed laty Trousseau, teraz znów Waldenburg i inni, uważają roztrząsanie kwestyi nas obchodzącéj za zbyteczne, gdyż według nich nauka o pylicy płuc i liczne doświadczenia choroby téj dotyczące każą przypuszczać, że i ciecz rozpylona przez inhalacyje do miąższu płucnego dostać się może.

Że suche pyły, zawieszone w powietrzu atmosferycznem, mogą w pewnych warunkach dochodzić aż do miąższu płucnego, czego domyślali się już Pearson (*Philosoph. Transact*. 1813, II, 159—171) i Laënnec (*Traité de l'auscultation médiate*, 1819, II, 34), na co później zwrócił uwagę Traube (*Ueb. d. Eindringen feiner Kohlentheilchen in das Innere des Respirationsapparates, Deutsche Klinik 1860*, Nr. 49 i 50, i 1866 Nr. 3), a co nareszcie rozstrzygnął Zenker (*Ueb. die Staubinhalationskrankheiten der Lungen, Deutsches Arch. f. klin. Medic.* T. II, 1866), nie ulega dziś żadnéj wątpliwości. Więcéj niż postrzeżenia anatomo-patologiczne i kliniczne obchodzą nas tu wszakże prace doświadczalne nad powstawaniem pylicy płuc u zwierząt. Z licznych badań w tym kierunku wspomnę tu tylko o najnowszych doświadczeniach Rupperta (*Experiment. Untersuch. üb. Kohlenstaubinhalationen, Virch. Arch.* Tom 72) i Insa (*Experiment. Untersuch üb. Kieselstaubinhalationen. Arch. f. exper. Pathol. und Pharmak.* T. 5). Wyniki dodatnie prac tych mają jednak w kwestyi nas obchodzącéj bardzo względną tylko

wartość, najprzód ponieważ trzebaby pierwéj rozstrzygnąć, czy rozpylone ciecze zachowują się pod tym względem tak samo jak delikątny pył suchy, a powtóre ponieważ powyżsi badacze w celu otrzymania dodatnich rezultatów wystawiali zwierzęta przez długi stosunkowo czas na wpływ powietrza w tak wysokim stopniu pyłem przepełnionego, że zdrowy człowiek rychlejby się może udusił, zanimby w jego plucach powstać mogły wybitne zmiany pylicy. Tak Ins trzymał psy w skrzyni prawie szczelnéj, w któréj utrzymywał gęste tumany pyłu, przecięciowo przez 3 godziny dziennie i takie trzygodzinne „posiedzenia“ odbywał najmniéj przez 7 dni z rzędu a dochodził i do 9 tygodni; Ruppert zaś doprowadzał do skrzyń, w których przebywały zwierzęta, sadze kopcących lamp naftowych a gdy „sposób ten mało wpływał na narząd oddechowy i wątpliwe dawał rezultaty,“ zaniechał nadal tego łagodnego postępowania i sadze wprowadzał przez otwór w tchawicy. Tak samo postępował w doświadczeniach swoich Schottelius (*Experim. Untersuch. üb. die Wirkung inhal. Subst. Virch. Arch.* Tom 73.)

Chociażbyśmy zatém przypuścili, że rozpylone ciecze równie łatwo dostawać się mogą do pęcherzyków płucnych jak pyły suche, to i tak trudnoby przecież było w celach leczniczych wystawiać chorego na wpływ podobnych warunków, jak zwierzęta powyższych badaczów.

Nader małą również wartość mają dla nas doświadczenia Tappeinera (*Ueb. eine neue Methode Tuberculose zu erzeugen, Virch. Arch.* Tom 74). Fakt, że psy zamknięte w skrzyniach, do których badacz ten rozpylał wodę z domieszką plwocin suchotników, dostawały gruźlicy, nie dowodzi bowiem bynajmniéj, że cząstki plwocin dochodzą aż do pęcherzyków płucnych, gdyż inni wywoływali również zmiany ogólnéj gruźlicy u zwierząt, karmiąc je plwocinami suchotników (Schwenninger, Lippl itd.).

W obec takiego stanu rzeczy sądziłem, że tylko drogą doświadczenia fizyjologicznego przekonaćby się można dowodnie, czy i jak daleko płyny rozpylone za pomocą wziewań dostać się mogą do narządu oddechowego. W téj téż myśli przedsięwziąłem szereg doświadczeń na królikach w zakładzie fizyjologicznym Prof. Dra Piotrowskiego, któremu miło mi na tém miejscu złożyć podziękowanie za uprzejmą pomoc i radę.

Nie chodziło mi bynajmniéj o to, czy w ogóle możebném jest w jakikolwiek sposób wprowadzić za pomocą inhalacyj rozpylone roczczyny aż do pęcherzyków płucnych, lecz zamiarem moim było dociec, czy naśladując ten sam sposób inhalacyj, jaki się stosuje lub przynajmniéj stósowaćby można przy łóżku chorego, zdołamy wprowadzić lek aż do właściwego miąższu płucnego. Dla tego téż nie uważałem za stósowne zamykać zwierzę do szczelnéj skrzyni zasycanéj mgłą rozpylonéj cieczy, — nie stósowałem inhalacyj przez otwór w tchawicy, a trwanie poszczególnych inhalacyj ograniczałem zazwyczaj mniéj więcéj do czasu, przez jakiby i niejeden chory może podjął się podobnego wziewania.

Doświadczenia:

Dośw. I. Opiszę je szczegółowiéj, aby tém krócéj módz streścić następne.

Królik średniéj wielkości: przed doświadczeniem odpreparowano tchawicę tuż poniżéj krtani i przeciągnięto po za nią sznurek; do pyszczka założono rozworki, do inhalacyi użyto 5% roczczynu żelasinku potasowego (*ferro-kali cyanatum*); przyrząd inhalacyjny Sieglego bez lejka. Inhalacyja trwała bez przerwy przez 15 min., otwór rurki rozpylacza oddalony na 10—25 cm. od pyszczka królika. Przez cały czas królik utrzymywany w postawie pionowéj (oparty na tylnych nogach) oddychał dość swobodnie i spokojnie. Po 15 min. (do inhalacyj wyszło około 120 grm. roczczynu) zaciśnięto sznurkiem tchawicę (w celu zapobieżenia pośmiertnemu spływaniu cieczy z połyku itd. do dróg oddechowych), natychmiast rozpruto powłoki brzuszne, nakłuto przeponę, wycięto kawałek dolnego płatu lewego płuca i dano do rurki odczynnikowéj. Po dodaniu paru kropel roczczynu półtora chlorku żelaza nie okazał się ani ślad reakcyi. — Takiż kawałek dolnego płatu pluca prawego, zmiażdżony dokładnie w moździerzyku, nie okazał również wcale reakcyi. Otwarłszy klatkę piersiową odcięto tchawicę poniżéj ligatury i płuca w całości wyjęto. Prawe płuco cięto kolejno od dołu do góry w kawałki, badając je roczczynem półtora chlorku żelaza. Dopiero kawałki, przez które przebiegały oskrzele drugorzędne, okazywały bardzo słabą reakcyję. Oskrzel główny prawy zabarwił się dość wyraźnie niebiesko. Płuco lewe: idąc od tchawicy poprzecinano wzdłuż wszystkie gołém okiem dostrzegalne oskrzele i badano kolejno, dotykając w różnych miejscach pręcikiem szklanym, zwilżonym roczczynem żelaza. Oskrzel główny lewy barwił się dość wyraźnie (choć słabiéj niż prawy) niebiesko; oskrzele od niego odchodzące okazywały już bardzo słabą tylko reakcyję, najwyraźniéj barwiły się w ich świetle ujścia drobniejszych (trzeciorzędnych) oskrzeli, których błona śluzowa w dalszym przebiegu nie okazywała już wcale reakcyi. Błona śluzowa całéj tchawicy oddziaływała wyraźnie zwłaszcza w części górnéj; krtań silnie, połyk bardzo silnie, podobnie cała jama ustna. Błona śluzowa gardziela (*oesophagus*) oddziaływała w całym przebiegu wyraźnie, również i błona śluzowa żołądka przybierała wyraźnie barwę niebieską około wpustu, słabiéj na dnie (*fundus*). Cienki skrawek płuca badany pod drobnowidem nie okazywał również wcale reakcyi. — Natomiast cały łeb zwierzęcia, klatka piersiowa, brzuch itd. pokryte były żelasinkiem potasu, który kroplami ściekał na ziemię.

Dośw. II. Królik dość duży; inhalacyja trwała przez 30 min. przy czém zużyto około 180 grm. 10% roczczynu nadżelasinku potasu (*ferrid-cyankalium*). Zresztą jak w dośw. I. Natychmiast po zaciągnięciu tchawicy otwarto klatkę piersiową od strony jamy brzusznéj; wycięte kawałki dolnych płatów lewego i prawego płuca nie okazywały wcale reakcyi; początki oskrzeli trzeciorzędnych okazywały bardzo słabą reakcyję, barwa niebieska występowała dość już wyraźnie w oskrzelach drugo i pierwszorzędnych. W tchawicy i krtani oddziaływanie bardzo wybitne, połyk i jama ustna zawierały bardzo wiele nadżelasinku potasu, nie mniéj znajdowało się w gardzielu i żołądku a nawet (słabiéj) w początkach dwunastnicy.

Dośw. III. Inhalacyja trwała przez ¾ godziny, przyczém wyszło przeszło 250 grm. 10% roczczynu żelasinku potasu. Przeszło kwadrans stósowano inhalacyję w ten sposób, że prąd pary skierowany był ku szerszemu otworowi lejka szklanego, w węższy koniec lejka wprawiono rurkę szklaną około 25 cm. długą, któréj wolny koniec wprowadzony do połyku królika był odpowiednio łukowato zagięty, tak że prąd pary skierowany był wprost ku szparze głosowéj (późniéj przekonałem się, że prąd pary przepływający przez taką rurkę nie zawierał prawie nic żel. pot.), oprócz tego przyciskano przez cały czas inhalacyi język ku dołowi. Po zaciągnięciu tchawicy królik przestał żyć w 3 min., w 2 min. późniéj a więc w 5 min. po skończeniu inhalacyi kawałki dolnych płatów płuc znajdowały się już w rurce odczynnikowéj. Wynik badania jak w dośw. I.

Dośw. IV. W ciągu całogodzinnéj inhalacyi (z małemi przerwami) zużyto przeszło 300 grm. 5% roczczynu żelasinku potasu. Aby się przekonać, czy ułożenie królika podczas wziewania nie ma jakiego wpływu na wyniki doświadczenia, ułożono królika na boku. (W 3 poprzednich doświadczeniach królik stał na nogach tylnych). W celu usunięcia możliwego zarzutu, że ciecz ulega w drogach oddechowych bardzo rychło wessaniu, coby czyniło wątpliwemi wyniki badania, po 45 min. wsunąłem przez otwór w tchawicy rurkę szklaną, tak że wszystko powietrze przy oddychaniu przez nią przechodzić musiało. Wnętrze rurki zwilżyłem poprzednio roczczynem półtora chlorku żelaza. Po 15 min. zaciągnąłem tchawicę powyżéj rurki. Wnętrze rurki okazywało zaledwie dostrzegalny ślad barwy niebieskiéj, również i na błonie śluzowéj tchawicy w całéj jéj rozciągłości nieznaczna tylko reakcyja, a w oskrzelach głównych była już tylko bardzo słaba (wyraźniéj w oskrzelu prawym — królik leżał na boku prawym). W gardzielu natomiast i w żołądku bardzo silne oddziaływanie.

Z powyższych 4 doświadczeń nabrałem przekonania, że przy zwykłym sposobie wziewania płyn rozpylony dostaje się zaledwie (wyjątkowo) do pocza-

tku trzeciorzędnych oskrzeli, oraz że na ilość oraz głębokość, do jakiéj płyn dochodzi, wywiera nie mały wpływ ułożenie zwierzęcia.

Podejrzywając, iż ujemny wynik poprzednich doświadczeń mógł poniekąd być zawisłym od tego, że królik oddychał nozdrzami, przez które oczywiście z powodu wąskości przewodów nosowych mało stosunkowo płynu mogło się dostać po za szparę głosową, w doświadczeniach następnych przez cały czas inhalacyi zatykałem otwory nosowe, tak że królik już tylko gębą musiał oddychać. Prócz tego utrzymywałem głowę zwierzęcia nieco ku tyłowi przechyloną a język uciskałem ku dołowi; nadto, aby ile możności zmniejszyć zawady, na jakie prąd pary natrafiać musiał z powodu małego stosunkowo otworu ustnego, nacinałem założywszy do pyszczka rozworki obydwa kąty ust na 1 cm., tak że w ten sposób otwór stawał się z rozporkowatego więcéj okrągłym a głąb jamy ustnéj i szpara głosowa dla prądu pary przystępniejszemi.

Dośw. V. Podczas 20-minutowéj inhalacyi zużyto około 150 grm. 5% rozczynu żelasinku potasu; królik w postawie pionowéj, przyrząd Sieglego przez cały czas znajdował się w odległości 10 cm. od pyszczka królika. Zaraz na początku inhalacyi postrzegłem, że oddech nie był równie spokojny jak w doświadczeniach poprzednich, ruchy oddechowe stawały się rychło coraz mozolniejsze (unoszenie się całéj klatki piersiowéj i zapadanie nadbrzusza podczas wdechu), głębokie i stosunkowo powolne. Po 10 minut słychać było wyraźne charczenia i rzężenia grubobańkowe. Po zasznurowaniu tchawicy (podczas sekcyi królik leżał na grzbiecie), natychmiast otworzyłem jamę brzuszną i naciąłem przeponę a wycięte skrajne kawałki dolnych płatów płuc okazywały na płaszczyznach przekroju wyraźne zabarwienie niebieskie po zwilżeniu rozczynem żelaza. Im bliżéj oskrzeli głównych, tém wyraźniejsza reakcyja. W płatach górnych oddziaływanie było wprawdzie słabsze ale dość wyraźne. W większych drogach oddechowych reakcyja bardzo wybitna. Zresztą dodać należy, że z przekroju miąższu płucnego wylewała się dość obfita ciecz pienista, która w sporéj ilości znajdowała się w tchawicy i większych oskrzelach, ciecz ta oddziaływała silnie na rozczyn żelaza.

Dośw. VI. To samo postępowanie, ten sam rezultat, w płatach górnych znacznie słabsza reakcyja niż w dolnych.

W dośw. V i VI (jak i pierwszych 4) do sekcyi układałem królika na grzbiecie; ażeby zapobiedz możliwemu podczas tego spływaniu płynu do górnych płatów, w następnych doświadczeniach otwierałem klatkę piersiową w téj saméj pozycyi, w któréj znajdował się królik podczas inhalacyi.

(Dok. nastąpi.)

II. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

II.

Choroby narządu oddechowego.

IV. Suchoty i gruźlica.

Opracował Dr. St. Ponikło,
Asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Ze względu na objawy ze strony układu nerwowego zasługuje na uwagę następujący przypadek chorobowy nacieku sérowatego płuc powikłany z obrzękiem gruczołów chłonnych, szyjnych i następową gruźlicą prosowatą, który w skróceniu przytaczamy:

A. S., lat 30, ślusarz przybył w dniu 15/12 1874 do kliniki lekarskiéj, żaląc się na uporczywą, dniem i nocą trwającą czkawkę i ogólne osłabienie. Oprócz przebytego przed kilkunastu laty zapalenia płuc cieszył się aż do obecnéj choroby zupełném zdrowiem. Przed 3ma laty zauważył chory obrzmienie gruczołów chłonnych szyjnych i karkowych, które zwolna się powiększając doszło znacznego stopnia; mianowicie najznaczniéj powiększone gruczoły w okolicy nadobojczykowéj lewéj zamieniwszy się w ropień przedstawiały guz wielkości pięści, który przed 9u miesiącami przecięto. Równocześnie przecięto zropiały gruczoł na karku i takiż sam w okolicy podszczękowéj lewéj. Chory podaje stanowczo, że czkawka pojawiła się po raz pierwszy, kiedy wzmiankowany gruczoł w okolicy nadobojczykowéj doszedł przed zropieniem największych rozmiarów. Była ona zrazu tak silną, iż czasami przez kilka dni i nocy z rzędu nie opuszczała chorego; obecnie pojawia się codziennie, lecz przynajmniéj miewa niekiedy chory kilkugodzinną pauzę wolną od czkawki. Nadto doznaje od dwóch tygodni kaszlu i lekkiéj duszności.

Stan obecny: Mężczyzna wzrostu średniego, miernie odżywiony. Objawy lekkiego porażenia nerwu twarzowego po stronie prawéj — źrenica prawa nieco szersza — lekki zyz zbieżny oka prawego — zdwojone widzenie. Zresztą ruchy mięśni ocznych zachowane. Na szyi, mianowicie po stronie lewéj, skóra w licznych miejscach bliznowato ściągnięta przedstawia kilka drobnych otworów przetokowych o brzegach podwiniętych, prowadzących do licznych uchyłków w tkance podskórnéj, z których przy ucisku skąpa ilość ropy rzadkiéj wygnieść się daje. W okolicy nadobojczykowéj przy przednim brzegu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego obrzęk obły, wielkości orzecha włoskiego, przy dotyku twardy, nie przesuwalny. Godną uwagi rzeczą jest podanie chorego, jakoby za uciśnięciem tego obrzęku nieco silniejszém miał powstawać natychmiast napad czkawki; okoliczność tę rzeczywiście kilkakrotnie stwierdzono. — Klatka piersiowa po stronie prawéj w górnéj części nieco więcéj wypukłona i lepiéj poruszalna. Ruchy oddechowe bardzo płytkie, tor oddychania przeważnie przeponowy. Dołki nadobojczykowe zagłębione w równéj mierze po obu stronach. Wypuk wykazał lekkie stłumienie w obu szczytach z tyłu, nieco znaczniejsze po stronie lewéj, tudzież stłumienie w szczycie lewym z przodu — zresztą wszędzie odgłos wypukowy jawny pełny, — mierne obniżenie jawności wypukowéj dolnego brzegu płuca prawego. Przysłuch wykazał w szczycie lewym z przodu i z tyłu wdech słaby pęcherzykowy, obok nielicznych rzężeń drobnobańkowych, wilgotnych, wydech zaostrzony i przedłużony — w szczycie prawym wdech pęcherzykowy zaostrzony; zresztą wszędzie szmery oddechowe prawidłowe. Kaszel lekki z plwocinami śluzowo-ropnemi. Stłumienie sercowe prawidłowe, tony czyste. Tętno 80, rytm tętna nieregularny. Śledziona nieco powiększona. Łaknienie upośledzone, czasem nudności. Język obłożony; stolec nieregularny, czasem biegunka. Ciepłota prawidłowa

Rozpoznano: zgęszczenie szczytów obu płuc, w znaczniejszém stopniu szczytu lewego, u osobnika zołzowego. Porażenie lekkie nerwu twarzowego i nerwu mięśnia oka prostego zewnętrznego odniesiono do prawdopodobnéj obecności guza gruźliczego na podstawie mózgu po stronie prawéj. Czkawkę tłumaczono uciskiem wywartym przez obrzmiałe gruczoły chłonne szyjne na nerw współczulny i następowym odruchem na nerw przeponowy. Ponieważ czkawka była głównym choremu dolegliwym przypadem, który go skłonił do szukania pomocy lekarskiéj usiłowano głównie walczyć przeciw niéj. Wszystkie jednak środki lecznicze używane, jak bromek potasu, morfin częścią wewnętrznie podawany, częścią podskórnie wstrzykiwany, chloral, chinin, azotyn amylowy, wreszcie prąd stały stosowany w przebiegu nerwu współczulnego, chwilową tylko ulgę sprawiały choremu. Najwięcéj słabły napady czkawki bezpośrednio po zastosowaniu prądu elektrycznego.

Chory przebywał w klinice przeszło przez 4 miesiące. Przez cały ten przeciąg czasu stan chorego w niczém się nie zmienił na lepsze. Owszem objawy fizyczne zgęszczenia szczytów stawały się coraz wybitniejszemi; stłumienie po stronie lewéj z tyłu postąpiło aż do kąta łopatki; szmery oddechowe stały się oskrzelowemi i pojawiły się w szczycie lewym rzężenia dźwięczne acz skąpe. Ciepłota przez cały przeciąg czasu była podgorączkowa. W tym stanie chory w dniu 10 Maja opuścił klinikę lekarską, jednak już po upływie 3ch dni powrócił do kliniki w stanie następującym: Sinica w wysokim stopniu, ciepłota obniżona, tętno przepuszczające; żali się na silny ból i zawrót głowy, ból w krzyżach, trudność przy oddawaniu moczu, nadto bolesność brzucha potęgująca się za najlżejszém dotknięciem, rozwolnienie. Tegoż samego dnia pod wieczór chory począł majaczyć, stracił przytomność, któréj już nie odzyskał. Umarł następnego dnia rano.

Oględziny pośmiertne po upływie 24 godzin uskutecznione wykazały co następuje: Zwłoki mężczyzny źle odżywionego — po-

włoka ogólna sinawa, podściółka tłuszczowa w znacznéj części zanikła. Opony mózgowe prawidłowe, miąższ mózgu miernie przekrwiony W istocie białéj płatu czołowego prawego znachodzi się guzek kulisty, wielkości ziarna grochu, złożony z masy szarawo-żółtéj serowatéj, łatwo wyskrobać się dającéj, otoczony obwódką szaro-różową na 1/4 milim. szeroką. Komórki mózgowe rozmiarów prawidłowych. Gruczoły chłonne szyjne znacznie powiększone, twarde, zbite, masą serowatą nacieknięte. Nerw spółczulny lewy jednym z gruczołów, tuż obok torebki wielkich naczyń szyjnych położonym uciśnięty w miejscu ograniczoném, taśmowato przypłaszczony.

Płuco prawe w szczycie wiotko przyczepione do opłucnéj żebrowéj, powierzchnia szczytu bliznowato zaciągnięta, na przekroju uwydatnia się, iż blizna ta wnika na pół ctm. w miąższ płuca, poniżéj znachodzą się dwa ogniska serowate, wielkości ziarna grochu, otoczone szarą obwódką tkanki łącznéj. Płuco lewe przedstawia na przekroju liczne miejsca bezpowietrzne, różnokształtne, zlewające się wielokrotnie ze sobą, w licznych drobnych ogniskach rozpadające na masę szarawo-żółtą, serowatą. Na opłucnéj, tudzież w miąższu obu płuc bardzo gęsto rozsiane gruzełki prosowate. Serce rozmiarów prawidłowych, w jamach sercowych nieliczne skrzepy krwi, ciemno-czerwone, wiotkie, mięsień sercowy blady, połyskujący, kruchy. — Wątroba rozmiarów prawidłowych, torebka zrośnięta pasmami łączno-tkankowemi z przeponą, na rozkroju miąższ brunatno-czerwono i żółto marmurkowany, połyskujący, kruchy, wśród miąższu bardzo liczne gruzełki prosowate, tu i owdzie przez torebkę przeświecające. Śledziona miernie powiększona, wśród miąższu ciemno-czerwono zabarwionego, nieco zbitszego kilkanaście ognisk serowatych wielkości grochu, tudzież dość liczne gruzełki prosowate, częścią szare, częścią żółte. Nerki obie rozmiarów prawidłowych, miąższ blady niedokrewny, w istocie korowéj nerki lewéj guz serowaty, wielkości ziarna grochu, otoczony szaro-różową obwódką. Błona śluzowa żołądka i jelit przekrwiona, obfitą warstwą śluzu gęstego lepkiego pokryta. W jelicie biodrowém i ślepém kilka drobnych wrzodów kształtu nieregularnego, o brzegach podwiniętych, zgrubiałych, o dnie nierównem, tu i owdzie gruzełkami pokrytém. Rozpoznanie anatomiczne: *Phthisis p. utriusque, praecipue apicis pulm. sin. Scrophulosis glandularum lymphaticarum colli subsequente compressione nervi sympathici sinistri. Tumor tuberculosus lobi frontalis hemispherae cerebri dextrae. Tuberculosis miliaris acuta pulmonum pleurae hepatis lienis renum.*

Również znachodzimy w jednym z naszych przypadków inny objaw ze strony nerwu współczulnego, uciśniętego przez silne zrosty szczytu płuca. Było nim stale utrzymujące się rozszerzenie źrenicy oka lewego, u kobiety lat 43 liczącéj, okazującéj rozległe nacieki szczytowe obojga płuc. Sekcyja wykazała uciśnięcie lewego nerwu współczulnego silnemi zrostami opłucnowemi łączno-tkankowemi, przytwierdzającemi cały szczyt płuca silnie do opłucnéj żebrowéj. Zwój średni i dolny nerwu współczulnego były bardzo małe, twarde, badanie drobnowidowe wykazało przerost tkanki łącznéj wśród pierwocin nerwowych.

Co się tyczy gorączki, to znachodzimy w naszych przypadkach przykłady wszelkich możebnych torów gorączki. Pojedyncze formy suchót płucnych nie okazywały wcale wybitnéj, cechującéj różnicy w przebiegu gorączki. Tak wśród przebiegu przyostrego jak przewlekłego znachodzimy średnią ciepłotę raz wysoką, to znów stósunkowo dość niską; raz uważamy znaczne zwolnienia i eksacerbacyje, innym razem tor gorączki jest ciągły.

Jeden tylko wniosek ośmielamy się wyciągnąć z tablic gorączkowych naszych przypadków, mianowicie iż w tych okresach suchót płucnych, gdzie badanie wykazywało szybkie rozszerzanie się zmiany miejscowéj, gdzie więcéj należało się domyślać występowania świeżych nacieków, gdzie równocześnie objawy rozpadu mniéj na jaw występowały, czy się to odnosiło do przypadków więcéj ostro, lub więcéj przewlekle przebiegających, tor gorączki był słabo zwalniający, n. p. gdy ciepłota wieczorna wynosiła 39·5—40·0 C. ciepłota ranna dosięgała 38·5—39·5, nigdy zaś w tym okresie nie dosięgały zwolnienia ranne ciepłoty prawidłowéj. Średnia ciepłota była przytém zazwyczaj dość wysoka, od 38·5 do 39·0. Im więcéj zaś przeważały objawy rozpadu fizycznie wybadalne, tém bardziéj zbliżał się tor gorączki do typu przepuszczającego. Zwolnienia wynosiły od 1°C do 3°C a nawet 4° C i dosięgały częstokroć ciepłoty prawidłowéj lub niższéj niż prawidłowéj. W późnych zaś okresach cierpienia wśród szybko postępującego rozpadu uważamy przeważnie w naszych przypadkach tor gorączki trawiącéj, z remissyjami rannemi dochodzącemi do 36·0° C., gdy ciepłota wieczorna wynosiła 39·0°—40° C i więcéj. Temu torowi towarzyszyły najobfitsze poty rozpływne, najczęściéj nad ranem pojawiające się. Jeden tylko przypadek przedstawia obraz gorączki trawiącéj silnie przepuszczającéj ze zwolnieniami wieczornemi, we wszystkich innych zwolnienia były, jak zwykle, ranne. W przeważnéj liczbie przypadków używano ku uśmierzeniu gorączki leków przeciwgorączkowych, mianowicie 1) Chininu w dawkach od 1·00 do 4·00, 2) Salicynu od 4·00—10·00 pro die, 3) Kwasu salicylowego i salicylanu sodowego, 4) Rozcieku arszenikowego Fowlera, 5) Wstrzykiwań podskórnych bromku chininu w dawkach od 0·10—0·30, 6) Wstrzykiwań podskórnych 1% i 2% roczczynu kwasu karbolowego, 7) Wreszcie stósowano okłady lodowe na klatkę piersiową.

Ze wszystkich tych środków najlepsze względnie wyniki wydawało wewnętrzne podawanie chininu w większych dawkach. Wprawdzie najczęściéj obniżenie ciepłoty było tylko chwilowe, czasem ograniczało się jedynie do opóźnienia eksacerbacyi wieczornéj, jednak w dwu przypadkach, z których jeden dotyczył suchót płucnych przyostro przebiegających, udało się mimo postępu miejscowego cierpienia obniżyć ciepłotę na kilka dni (w jednym z tych przypadków na przeciąg czasu 10dniowy). Obniżenie ciepłoty wynosiło od 1° do 2° C. Po wstrzykiwaniach podskórnych bromku chininu w kilku przypadkach w ilości 0·10—0·30 stósowanych nie dostrzeżono żadnego obniżenia cieploty.

O skutkach wewnętrznego podawania salicynu na innem miejscu będzie mowa.

Okłady lodowe na klatkę piersiową były tylko kilka razy stósowane i w jednym przypadku nastąpiło widoczne obniżenie ciepłoty.

Doświadczenia z kwasem karbolowym podskórnie wstrzykiwanym (1 do dwóch strzykawek 1 gramowych 1% do 2% roczczynu) i podawanie rozcieku arszenikowego Fowlera wydały wynik zupełnie ujemny.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Leczenie wiewióra przewlekłego.

Napisał Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

(Rzecz czytana na posiedz. sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Przekonani, że widzieć powinniśmy, spytajmy, na co zwracać mamy uwagę. Wprowadziwszy endoskop do którejkolwiek części cewki, odłączamy obie jéj ściany, które zazwyczaj przylegają do siebie. Ściany będą oddzielone nie tylko w tém miejscu, które odpycha endoskop, ale także na pewnéj przestrzeni wolnéj od ucisku endoskopu; to oddzielenie jednak musi się gdzieś skończyć i tam znowu będą

ściany cewki przylegały. Gdyby ściany cewki były linearne, utworzyłby się tym sposobem kąt, ponieważ zaś przekrój cewki jest obłym, powstaje przez to odcinek stożka, którego szerokie zakończenie przylega do ścian endoskopu, węższe zaś, wytworzone przyleganiem ścian, wskazuje kierunek przylegających ścian cewki. Odcinek tego stożka, nazwany po niemiecku *Trichter* lub *Konus*, będziemy nazywali dla krótkości stożkiem, na który przedewszystkiém uważać należy. Składa on się właściwie z dwóch odcinków, z których pierwszy jest utworzony z błony śluzowéj cewki wypuklonéj ku środkowi endoskopu, a drugi z sciany cewki zginającéj się od miejsca, gdzie endoskop się kończy, który nad wypukleniem się znajduje i w najwyższym obwodzie wypuklenia się gubi. Przyleganie ścian stożka w jego węższym końcu nie jest tak ścisłe, aby nie było widoczne, ale przeciwnie przedstawia się ono albo w postaci linii. albo w postaci zaokrąglonego otworu. Obraz ten, jaki powstaje przez przyleganie ścian, nazywać będziemy figurą środkową *(Centralfigur)*, która będąc najbardziéj oddalonym przedmiotem w obrazie musi być ciemniejszą niż reszta obrazu. Do pojęcia stożka brakuje nam jeszcze ścian jego, a te tworzą ściany cewki, które z lekka pochylają się ku środkowéj figurze i przez to powstaje odcinek stożka, którego przekrój przy otworze cewkowym endoskopu jest szerszy, a przy figurze środkowéj węższy, nieregularny, okrągły lub nawet linearny. Załamanie się błony śluzowéj od miejsca wypuklenia do miejsca, gdzie koniec endoskopu przylega, tworzy dalszy ciąg ścian drugiego odcinka. Własności stożka, jego ścian i środkowéj figury, decydują o stanie cewki i na ich własnościach opieramy rozpoznanie, czy błona śluzowa jest prawidłową, lub téż chorobowo zmienioną. Odcinki stożka, czyli stożek bywa rozmaity, krótszy lub dłuższy, szerszy lub węższy, a w każdéj chwili możemy go skrócić lub przedłużyć. Wciskając bowiem endoskop w kierunku ku pęcherzowi skracamy go znacznie, a im silniejszym jest ucisk endoskopu. tém więcéj wpychać się będzie szerszy przekrój stożka do wnętrza endoskopu. Przez silny ucisk możemy znieść zupełnie odcinek leżący poza otworem cewkowym endoskopu, a wpuklający się do środka endoskopu, a natomiast otrzymamy znaczniejsze wypuklenie błony śluzowéj, które również bywa odcinkiem stożka. W ten sposób otrzymany stożek bywa jednak krótszym i węższym, ale zarazem silniéj czerwono zabarwionym. Odwrotnie zaś rzeczy się mają przy wyciąganiu endoskopu, albowiem wówczas przedłużamy stożek, środkowa figura oddala się od przekroju stożka, ułożonego przy ujściu cewkowém endoskopu, wysokość stożka się powiększa, a ściany jego stają się bledsze. Od czegóż więc zawisły zmiany w postaci stożka, czyli w jaki sposób działa wciskanie i wyciąganie endoskopu? Wciskając utrudniamy odpływ krwi i tak już utrudniony uciskiem ścian endoskopu, a przez to powiększamy jéj ilość, która gromadząc się w utkaniu błony śluzowéj, a szczególniej w tkaninie podśluzowéj musi wypychać błonę śluzową ku wnętrzu endoskopu, gdzie żadnego oporu nie doznaje. Mając na uwadze przestwory błony podśluzowéj, w których dużo naczyń się gromadzi, pojmiemy nie tylko sztucznie wywołane przekrwienie, a ztąd czerwieńszą barwę i rozpulchnienie, zdradzające się wypukleniem błony śluzowéj, ale w ogóle zmienioną postać stożka. Wyciągając endoskop sprawiamy, że ucisk rury jest największym w miejscu zakończenia cewkowego endoskopu, któryto ucisk z równoczesném przedłużeniem ścian, wywołuje niedokrewność błony śluzowéj, a jéj następstwem jest mniejsza ilość krwi, względnie płynów w utkaniu cewki, bledsza barwa ścian stożka i jego zwiększona długość i szerokość. Opisując błonę śluzową cewki wspomnieliśmy, że ona jest podłużnie pofałdowaną; drobniuchne fałdy w stanie prawidłowym widzimy najwyraźniéj wówczas, gdy błona śluzowa skutkiem wciskania ku wewnątrz endoskopu wypukla się do wnętrza rury, albowiem w takim razie grubieją fałdy. Rozróżnianie fałdów jest łatwe, gdy zwrócimy uwagę na odbicia świetlne, jakie obraz cewki przedstawia. Wiadomo, że odbite światło dokładniéj oświeca przedmioty bliżéj ułożone aniżeli oddalone; skutkiem tego prawa fałdy błony śluzowéj w skutek ucisku nabrzmiałe będą silniéj oświetlone, niż przestwory między fałdami, a w następstwie tego obaczymy okrąg świetlny ciemnemi przestworami poprzerywany. W miarę im bardziéj uciskać będziemy endoskop, grubsze będą fałdy, a wraz z niemi stożek grubiejący wypuklać się będzie ku endoskopowi. Jeśli ucisk ten długo trwać będzie, spostrzeżemy, że blona śluzowa dotąd nie połyskująca zacznie się łyszczeć, a to łyszczenie tém silniéj wystąpi, im dłużéj ucisk trwać będzie. Łyszczenie powstaje przez załamywanie się światła i jego odbicie i ono wskazuje, że coś pokrywa powierzchnię błony śluzowéj, która dotąd nie była silnie połyskującą. Że tak jest rzeczywiście, łatwo się przekonywamy oczyszczając tamponikiem z waty błonę śluzową. Po oczyszczeniu zniknie na chwilę powierzchnia połyskująca lub przynajmniéj będzie mniéj łyszcząca, gdy jednak błonę śluzową od ucisku nie zwolnimy, łyszczenie znowu powróci. Takie łyszczenie sztucznie możemy każdéj chwili wywołać np. pomazując błonę śluzową stożka oliwą, wodą lub jakimkolwiek płynem. Wywoławszy uciskiem łyszczenie wiemy, że ono nie pochodzi z przyczyny zewnętrznéj, a widząc powiększanie się połysku przed naszym wzrokiem, musimy przyjść do przekonania, że uciskiem wywołaliśmy nietylko przekrwienie i nacieczenie miąższu płynem surowiczym krwi, ale że takowy wystąpił na powierzchnię błony śluzowéj. Ucisk endoskopu odbija się wreszcie i na postaci środkowéj figury, któréj kontury coraz mniéj wyraźnie, przedstawiać się będą, i która skutkiem zgrubienia ścian cewki zbliżać się będzie do szerszego odcinku stożka.

Rozbierzmy objawy wywołane uciskiem. Bledsza błona śluzowa stała się czerwieńszą, a więc jest przekrwioną; mało widoczne fałdy jéj jakoteż ściana stożka wyraźniéj występują, a ostatnia nawet silnie wypukla się, co wskazuje, że błona śluzowa jest obrzmiałą; połyskiwanie wreszcie powierzchni wskazuje wyciek, czyli innemi słowy, mamy objawy stanu zapalnego, ma się rozumieć w bardzo nizkim stopniu. Szczegółowo rozebrałem objawy doświadczeń z uciskiem na błonę śluzową dlatego, aby przedstawić dokładnie zmiany, jakim błona śluzowa w stanie chorobowym podlega, a przedewszystkiém dlatego, aby zwrócić uwagę badającego, na co szczególnie zważać mamy w celu odróżnienia znamion cewki prawidłowéj od cewki chorobą zajętéj. Dla dokładniejszego spamiętania powtarzam więc, że należy bacznie uważać na następujące znamiona: 1) na stożek, jego jakość, a mianowicie wypuklenie i wydłużenie, jego szerokość i wysokość; 2) na ściany stożka ich zabarwienie i grubość; 3) na jakość środkowéj figury i 4) na odbicia świetlne. Ponieważ jednak znamiona te w prawidłowéj cewce rozmaicie się zachowują w różnych częściach cewki, przeto należy zapamiętać obraz cewki prawidłowéj w każdéj części, jeżeli zboczenie, a więc stan nieprawidłowéj rozpoznać mamy. Zacznijmy od najgłębszéj części cewki, a więc od ujścia wewnętrznego. Do ba-

dania musimy użyć prostego oszklonego endoskopu, który nie dopuszcza zalania badanéj części moczem, co zawsze się dzieje przy użyciu prostego endoskopu z konduktorem. Ukośne zakończenie oszklonego endoskopu, a przeto nierówny ucisk na ściany cewki jest powodem, że stożek nie istnieje. Tutaj widzimy tylko ściany zabarwione różowo, rzadziéj żywo czerwono jak mięso świeże; środkową figurę tworzy ciemne kółko, lub postać jéj jest nieregularna, gdy ściany cewki w fałdy się układają. Fałdy są znacznéj stosunkowo grubości, które się pomniejszają w miarę posuwania endoskopu ku pęcherzowi. Równocześnie zmienia swoją postać środkowa figura, tworząc coraz większe i regularniejsze kółko, im bliżéj wejścia do pęcherza endoskop się znajduje. Przy dalszém wsuwaniu ciemne kółko zmieni się na żółtą i jasną tarczę, którą małe różowe kółko otacza. Kółko tworzą ściany ujścia cewki, a żółtą tarczę mocz, który wypełnia środkową figurę. Jeżeli jeszcze daléj posuwamy endoskop, to znika kółko zupełnie, a widzimy tylko powiększoną tarczę żółtą, która zmieni się dopiero wówczas, gdy opór wskaże, że dalsze posuwanie endoskopu nie jest możliwe. Dzieje się to w chwili zetknięcia się końca cewkowego endoskopu ze ścianą pęcherza, która jest połyskująco biała z odcieniem żółtym lub różowym, utkana drobniuchnemi naczyńkami krwionośnemi. Obraz opisany spostrzegałem tylko u kobiet, u których wprowadzenie endoskopu do pęcherza nie natrafia na trudności, bo tylko kobiety endoskopem oszklonym badałem. Wyciągając endoskop znajdujący się przy wewnętrznem ujściu cewki i zbliżając się do części przyprątnéj cewki, otrzymujemy zupełnie zmieniony obraz. Tutaj niekiedy możemy już użyć endoskopu prostego i wtedy spostrzeżemy, że środkowa figura jest w postaci ciemnego punktu lub okrągłego zagłębienia, krótki stożek zaś tworzą ściany cewki żywo czerwonego koloru w tylnéj części, albo ciemno-czerwonego w przedniéj części przyprątnéj. Tuż około zakończenia cewkowego endoskopu widzimy jasne a wązkie kółko świetlne, lekko prążkowane. W częci błoniastéj albo wcale nie widzimy środkowéj figury, albo spostrzegamy w górnéj części pola widzenia przy silném zbliżeniu końca cewkowego endoskopu ku spojeniu kości łonowych, ciemne kółko o bardzo niewyraźnych i zamazanych konturach. Ma się rozumieć, że o stożku mowy nie ma, bo przeważnie widzimy dalszą ścianę cewki, która jest barwy ciemno-czerwonéj i lekko prążkowana. Przyczyną tego niewyraźnego obrazu jest ściąganie się niepodatnéj błony śluzowéj cewki w części błoniastéj, któréj światło tworzy poprzecznie ułożony elipsoid. Gdy zakończenie cewkowe endoskopu znajduje się w części opuszkowéj, natenczas przedstawi nam się następujący obraz. Figurę środkową tworzy ciemna linija pionowo ułożona; stożek powstaje przez wypuklenie się ścian cewki ku endoskopowi, ściany stożka zaś, względnie cewki, lekko pochylają się ku środkowéj figurze. Przypatrzmy się dokładniéj ścianom stożka, które są barwy żywo czerwonéj i zupełnie gładkie; od środkowéj figury aż do wypuklenia są one pochyło ułożone tak, że stożek jest najobszerniejszym w miejscu wypuklenia; stąd ściany stożka załamują ku tyłowi i dosięgają końca cewkowego endoskopa, wypuklenie więc utworzy zdwojona błona śluzowa, a szczyt wypuklenia przedstawia się w postaci pionowo ułożonego kółka wązkiego, blizko centralnéj figury się znajdującego. Okoliczność, że ściany cewki tworzą dość znaczne wypuklenie, nawet w stanie prawidłowym dowodzi, że błona śluzowa jest w téj części najbardziéj rozpulchnioną, a bliskość kółka świetlnego od figury środkowym wskazuje, że ściany stożka znacznie się pochylają i że są stosunkowo krótkie. Ponieważ w opuszce najtrudniéj poznać zbaczającą błonę śluzową, dlatego zaraz podaję, jak ona się najczęściéj przedstawia i czém się różni od stanu prawidłowego. Przedewszystkiém figura środkowa nie przedstawia się w postaci ciemnéj linii pionowéj, a dość długiéj, tylko jest albo bardzo krótką pionową liniją, albo tworzy nieregularną bardzo mało widoczną liniję, kółko świetlne oddala się od środkowéj figury, a wypuklenie jest znaczniejsze, wreszcie i zabarwienie ścian jest ciemniejsze, nakoniec prążków prawidłowéj cewki nie znać wcale, bo powierzchnia jest zupełnie gładką. Tu dodać winienem, że nie zawsze, tak jak opisałem, przedstawia się część opuszkowa cewki w stanie chorobowym, bo jak późniéj poznamy, obraz chorobą zajętéj błony śluzowéj może być bardzo różny, zależy bowiem od jakości zmian; a przytoczyłem powyższy obraz cewki zbaczającéj dlatego, aby zwrócić uwagę badającego, na co szczególnie ma baczyć, wiedząc z doświadczenia, że z początku często rozpoznawałem siedzibę choroby w opuszce tam, gdzie jak się późniéj przekonałem, wcale nie była.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Mordhorst. **Przyczynek do nauki o powstawaniu zołzów i suchót płucnych.**

Sprawozdanie Dra. Smoleńskiego.

Znane nam są wprawdzie w ogóle warunki i przyczyny rozwijania się zołzów, wiemy, że brak światła, przebywanie w nieczystém, wilgotném powietrzu, nędzne odżywianie się itp. główne zajmują tu miejsce. Ale w jaki sposób powyższe warunki wywołują ogólną zmianę odżywczą zwaną zołzami, nie wiemy, a tém samém nie znamy prawdziwéj istoty tego cierpienia. Wpływ światła na chorobowość i śmiertelność ludzi wykazał statystycznie w r. 1860 Adolf Vogt, nieco późniéj zajmował się tą samą kwestyją Forbes Winslow, według którego mieszkańcy miasta przebywający w miejscach ciemnych odznaczają się wątłością mięśni, miękkością kości, chorobliwą drażliwością serca, ogólną wrażliwością nerwową, brakiem łaknienia, skłonnością do krwotoków i omdleń, wychudnieniem, niedostatecznym wzrostem ciała, upośledzoną bystrością władz umysłowych, przedwczesném starzeniem się itp.; potomkowie ich są wątli, mali, słabi i skłonni do zołzów. A jednak o wpływie światła na czynności ustroju wiemy zaledwie tyle, że w świetle więcéj wydychamy bezwodnika węglowego (*Moleschott*) aniżeli w ciemności, różnica ta według najświeższych badań Specka ma być jednak minimalną.— Niemniéj niż brak światła znanym jest wpływ zepsutego powietrza na powstawanie zołzów; ale w jaki sposób takowe tak zgubne wywołuje następstwa, nie wiemy nic zgoła, a wiadomości naszych pod tym względem nie rozszerza również i Mordhorst. W świetle upatruje tenże tylko pośredni wpływ na ustrój zwierzęcy, tj. o ile takowe posiada własność oczyszczania powietrza. W tym względzie autor kładzie nacisk na znane szczegóły, że mieszkania skierowane ku południu rychléj wysychają, że w nich wyższa utrzymuje się ciepłota i lepszy przewiew powietrza, — co jednak właściwie więcéj zależy od ciepła aniżeli od samego światła. Cały więc wpływ światła redukuje M. do tego, że brak takowego sprzyja psuciu się powietrza, od oddychania zaś zepsutém

powietrzem wywodzi wszelkie następstwa prowadzące do zołzów a pośrednio i do suchot płucnych.

Jak się to dzieje? M. tłumaczy to sobie w sposób czysto mechaniczny. Zauważono, że w powietrzu zepsutém rzadziéj i mniéj głęboko oddychamy, raz z przyczyny nagromadzonego CO_2, który zwalnia ruchy oddechowe, a powtóre skutkiem zwolnionéj w takich warunkach ogólnéj przemiany materyi; skoro tak jest, to powierzchowne oddychanie pociąga za sobą (skutkiem zmniejszenia parcia ujemnego w płucach) zwolnienie ogólnego obiegu krwi, obniżenie parcia ościennego w tętnicach, podwyższenie w żyłach a zastój krwi w naczyniach włosowatych. Podobne następstwa powstać muszą i w naczyniach limfatycznych; podwyższone parcie krwi w żyle podobojczykowéj lewéj utrudnia swobodny odpływ limfy w przewodzie piersiowym, w którym powstaje zastój limfy, przenoszący się aż do początków naczyń limfatycznych, tém bardziéj że i drugi czynnik krążenia limfatycznego, czynność mięśni, w tych warunkach bywa niedostateczny. Wysokie to parcie udziela się zatém i naczyniom chłonnym w kosmkach jelitowych, których naczynia krwionośne również są już w wysokim stopniu przekrwione, gdyż z przyczyny płytkiego oddychania zmniejszył się korzystny wpływ głębokiego wdechu na krążenie w wątrobie. Zastój tak krwi jak i limfy w kosmkach sprawia, że takowe mniéj mogą chłonąć pokarmów, następstwem czego musi być niedostateczne odżywienie całego ustroju. Utrudnionêm krążeniem limfy tłumaczy się także owo n a l a n e wejrzenie właściwe dzieciom zołzowatym (skutkiem nagromadzenia limfy w przestworach międzytkankowych), wyjaśnia się przyczyna, dla czego z rany skórnéj dziecka zołzowego nadzwyczaj wielka sączyć się zwykła ilość osocza, tém się téż tłumaczą grube strupy na powierzchownych ranach takich dzieci w ogóle wielka ich uraźliwość.

A obrzęki gruczołów limfatycznych u zołzowych? I te M. uważa jako mechaniczne następstwo powierzchownego oddychania. Skoro jest nader prawdopodobném, że i w prawidłowych warunkach odbywa się przenikanie białych ciałek krwi przez ściany naczyń, skoro daléj dowiódł T h o m a, że przenikaniu temu sprzyja zwolnienie prądu krwi i jéj wodnistość, to oczywiście u człowieka, u którego skutkiem powierzchownego oddychania obieg krwi właśnie jest zwolnionym a krew z przyczyny niedostatecznego chłonienia pokarmów nieprawidłowo wodnistą, przenikanie to musi być nader obfitém. Białe ciałka krwi, opuściwszy naczynia krwionośne, dostają się do początków naczyń limfatycznych, a stąd do najbliższych gruczołów limfatycznych, gdzie gromadząc się sprawiają obrzmienie gruczołów krezkowych, oskrzelowych, karkowych, pachowych, pachwinowych, powiększenie migdałków itd. Późniéj osocze zawarte pierwotnie w tak powiększonych gruczołach odpływa naczyniami odwodzącemi, komórki nagromadzone wysychają mogąc się zamienić w gruzełki, albo téż dostawszy się następnie do obiegu limfatycznego dostają się drogą żył podobojczykowych i tętnicy płucowéj do naczyń włosowatych płuc, gdzie skutkiem zatkania pewnéj ilości tychże naczyń i sprawionego tym sposobem zastoju krwi wywołują przenikanie białych ciałek krwi, które nareszcie prowadzą do powstawania gruzełków i suchót płucnych. *Quod erat demonstrandum.*

Czy teoryja powyższa wytrzyma krytykę? Czy można rzeczywiście powstawanie zołzów a po części i suchót płucnych uważać po prostu jako mechaniczne następstwo powierzchownego oddychania? Jeżeliby oddychanie powietrzem zanieczyszczoném zajmowało wśród warunków wywołujących zołzy jedynie miejsce czynnika sprawiającego oddychanie nieprawidłowo powierzchowne, to zaś ostatnie jedynie przez zwolnienie krążenia, a mianowicie podwyższenie parcia ościennego w żyłach i naczyniach włosowatych miałoby wystarczyć do wywołania ogólnego zboczenia odżywczego zwanego zołzami, to słusznie przypuścićby można, że takież zboczenia w krążeniu z jakiéjbądź innéj przyczyny powstałe, winny te same pociągać za sobą skutki. Dla czegóż w niekompensowanych wadach sercowych, wśród których z koniecznością powstaje wygórowane parcie ościenne w żyłach i naczyniach włosowatych, prowadzące do ogólnéj puchliny itd., nie powstają tém wybitniejsze przypady zołzów? Dla czego w takich przypadkach, skoro z przyczyny nader wygórowanego ciśnienia w żyle podobojczykowéj lewéj również i krążenie limfy musi być w wysokim stopniu zakłócone, nie powstają koniecznie typowe obrzęki gruczołów limfatycznych jak w zołzach? Dla czego wysokiego stopnia rozedma płuc itp. nie wywołuje tych samych następstw? Nie można zaprzeczyć, że mniéj lub więcéj głębokie ruchy oddechowe wywierają stanowczy wpływ na pojemność naczyń płucnych, że mianowicie podczas wdechu płuca mniéj zawierają krwi aniżeli podczas wydechu (*Funke, Latschenberger*), — znanym jest również wpływ głębokich ruchów oddechowych na wielkie koło krążenia, ale trudno się zgodzić, żeby powierzchowne oddychanie mogło wywołać tak znaczne zakłócenie krążenia w naczyniach krwionośnych i limfatycznych, jak to przypuszcza M o r d h o r s t. Powierzchowne oddychanie, na którém autor całą swą teoryję opiera, może w istocie po części zależeć od zanieczyszczenia powietrza, ale daleko prawdopodobniejszém jest, że takowe raczéj jest następstwem podupadłego już poprzednio skutkiem nieodpowiednich warunków dyjetetyczno-higijenicznych odżywienia, osłabienia mięśni oddechowych i zwolnienia przemiany materyi, skutkiem czego ustrój mniéj potrzebuje pokarmów a więc i tlenu (*Voit* i *Pettenkofer*). Można téż powiedzieć, że zmniejszenie parcia ościennego w płucach (wywołane powierzchownêm oddychaniem) nie może sprawiać tak znacznych zastojów w krążeniu krwi i limfy, jak to opisuje M., gdyż z powodu podkopania całéj sprawy odżywienia zmniejszyć się téż stosunkowo musi ilość krwi i limfy.

Postać suchotnicza (*habitus phthisicus*) klatki piersiowéj, małe rozmiary serca, wątła budowa naczyń tętniczych, powłok ogólnych i mięśni itp. własności usposabiające do suchot, nie są, jak sądzi M., następstwem powierzchownego oddychania lecz raczéj jego przyczyną.

W końcu autor dodaje uwagi kliniczne dotyczące leczenia zołzów i suchót płucnych. Spodziewaćby się można, że zgodnie z swą teoryją będzie się starał znieść przedewszystkiém powierzchowne oddychanie, jako główną przyczynę i podstawę zołzów. Tymczasem radzi postępować odwrotnie tj. najprzód przyspieszyć i polepszyć odnowę materyi a tym sposobem chce wywołać głębsze ruchy oddechowe. Według teoryi M o r d h o r s t a znaczyłoby to tyle, co *cessante effectu cessat causa.*

Praca powyższa jako teoryja pozostawia pod względem naukowym wiele wątpliwości, a i pod względem klinicznym nie odkrywa żadnych nowych widoków dla terapii zołzów i suchót płucnych. (*Volkmanns Samml. klin. Vortr.* Nr. 175).

Prof. Adamkiewicz: **Przyczynek do nauki o wydzielaniu potu.**

Autor jeszcze w r. 1878 na podstawie poszukiwań swych nad nerwami i zwojami potowemi wyraził przypuszczenie, że nerwy potowe „prawdopodobnie powstają w powierzchownych warstwach mózgowia“, że następnie dopiero zbierają się w rdzeniu przedłużonym itd. Obecnie A. podaje parę przypadków klinicznych, które potwierdzają powyższe jego przypuszczenie co do wpływu kory mózgowéj na wydzielanie potu. W jednym przypadku u chorego z objawami krwotoku do kory mózgowia, zjawiały się od czasu do czasu silne kurcze w ramieniu i znaczne poty ograniczone do tegoż ramienia. Sekcyja wykazała ropień w korze mózgowéj po stronie przeciwnéj w t. zw. dziedzinie psychomotorycznéj. Również i w innym przypadku utrzymywały się po udarze mózgowym zboczenia w ruchomości prawego ramienia, równocześnie z wydzielaniem potu. Za nadwerężeniem kory mózgowéj przemawiala między innemi wybitna afazyja; sekcyi w tym przypadku nie było. Autor w celu stwierdzenia wpływu kory mózgowéj na wydzielanie potu przedsięwziął doświadczenia na młodych kotach. Przekonał się przy tém, że drażnienie kory mózgowia prądami elektrycznemi nie wywoływało potów; natomiast zauważył, że słabe prądy przepuszczane przez środkowe części kory móżdżkowéj wywoływały regularnie wydzielanie potu na łapach, pomimo że drażnienie to nie dotyczyło wcale rdzenia przedłużonego. A. sądzi, że prawdopodobnie tylko u młodych kociąt poty wywołać się dają przez drażnienie kory móżdżku, że zaś u dorosłych zwierząt wpływ mózgu na wydzielanie potów przenosi się na korę mózgowia. (*Verhandl. d. physiol. Gesellschaft zu Berlin* 1880 Nr. 5). *Dr. Smoleński.*

G. Lawson. **Dwa przypadki raka przybłonkowego odbytnicy u osób młodych.**

L. opisuje ze swéj praktyki szpitalnéj dwa przypadki raka przybłonkowego odbytnicy, dotyczące kobiet, z których jedna liczyła lat 27, druga zaś 31. U obu rozwijało się zrazu cierpienie ukrycie i prawie niepostrzeżenie, a nie sprawiając chorym przez długi przeciąg czasu żadnych znaczniejszych dolegliwości skłoniło je do szukania pomocy lekarskiéj dopiero w okresie znacznego postępu choroby. Pierwszemi przypadami były: zaparcie stolca, częsta potrzeba oddawania kału, który był ukształtowany w małe grudki twarde i zbite, obok obecności skąpéj ilości krwi i ropy. Bólów znaczniejszych przez długi czas nie było wcale. Nadto cechowały się oba przypadki w późniejszym okresie obecnością bólu rozpromieniającego się wzdłuż uda i przedudzia lewego, który zmuszał chore utrzymywać odnogi dolne stale wyprostowane. W obu przypadkach wykonano kolotomiję, rękoczyn ten przyniósł chwilowo znakomitą ulgę, zmniejszając parcie na stolec i usuwając wspomniany ból w odnodze dolnéj. Przy badaniu pośmiertném jednego z przypadków znaleziono przerzutowe guzy nowotworowe również przybłonkowe w płucach.

Rak przybłonkowy w odbytnicy przydarza się zazwyczaj dopiero po 35tym roku życia: są jednak zapisane w literaturze przypadki raka przybłonkowego w wieku wcześniejszym, nawet w 17tym roku życia. Autor twierdzi, iż przebieg raka odbytnicy u osób młodszych jest szybszy i złośliwszy niż u osobników starszych i kończy się śmiertelnie w przeciągu od 8 do 18 miesięcy licząc od najpierwszych przypadów. Ze stanowiska klinicznego najwięcéj uwagi godną stroną przypadków przez autora podanych jest nadzwyczaj zdradliwy i pozornie łagodny przebieg choroby w początkach, okoliczność zniewalająca do starannego badania miejscowego w odnośnych przypadkach. (*The Lancet* 1880. V. I. 1). *P.*

Esmarch: **O kurczu cewki moczowéj.**

Różni autorowie tak różnie zapatrują się na ten stan cewki moczowéj, że pospieszamy podzielić się z czytelnikami naszymi zdaniem, jakie sobie o téj rzeczy wyrobił jeden z najzdolniejszych obecnie żyjących chirurgów.

Przedewszystkiém E. wyraża zdziwienie, że tak doświadczeni chirurdzy, jak Dittel, Brodie, Guthrie zaledwie po razu spostrzegali kurcz cewki moczowej, gdy on sam nawet w obec nie tak bardzo licznego materyjału klinicznego, bardzo często, bo np. w ciągu jednego półrocza zimowego 9 razy postrzegał tę chorobę. W stanowczéj zaś opozycyi stawia się E. do zdania Sir Henryka Thompsona, który jakkolwiek w dawniejszych swych dziełach poświęcał téj chorobie cały poważny rozdział, obecnie uważa ją za „ucieczkę dla niekompetentnych, nie mogących wprowadzić narzędzia do pęcherza“. Przypady takiego kurczu bywają zupełnie takie same, jak przy organiczném zwężeniu cewki, tak iż nieraz już miano przystąpić do rozcięcia cewki, gdy po zachloroformowaniu wszedł bez użycia siły gruby cewnik metalowy. Dla tego też zaleca E. do badania zwężeń używać zawsze grubego zgłębnika i przyszedłszy do części cewki błoniastéj cierpliwie wyczekiwać a nawet użyć narkozy. Charakterystyczném jest także i to, że przy wyciąganiu zgłębnika nie czuje się w miejscu zwężenia żadnéj przeszkody, co prawie zawsze ma miejsce, jeżeli mamy do czynienia ze zwężeniem organiczném. Skurcz ten ma siedzibę w mięśniach przebiegających po nad i po pod częścią błoniastą, które to obydwa mięśnie słusznie Guthrie nazwał „*compressor urethrae*“. Stoją one tak pod wpływem woli jak i odruchów, trudno nam jednak wchodzić tu w bliższe szczegóły anatomiczne, bardzo jasno, na szematycznych rycinach przez autora objaśnione. Już wpływy psychiczne jak bojaźń itp. wpłynąć mogą na mimowolne oddanie lub zatrzymanie moczu; tak samo zadziałać może oziębienie części sąsiednich lub ból po operacyjach na nich wykonanych. Najczęstszą jednak przyczyną bywają zapalenia lub zadrażnienia samych dróg moczowych, jak to np. ma miejsce przy wrzodach gruźliczych cewki, po wstrzyknięciu silnych rozczynów azotanu srebrowego, po użyciu kantaryd, olejku terpentynowego, sporyszu, wreszcie przy moczu bardzo kwaśnym (*pyelitis*) lub zawierającym cukier. Co do leczenia to radzi E. rozpocząć od opiatów i ciepłych kąpieli, lecz główny nacisk kładzie na wprowadzanie grubych cewników i to w danym razie nawet w narkozie. W razach bardzo uporczywych i bolesnych (*irritable bladder*) należałoby rozciąć cewkę moczową (*urethrotomia externa*) na wzór przecinania zdziergacza rzyci, lecz jak tu obecnie wystarcza gwałtowne rozszerzenie, tak i w cewce radzi E. ograniczyć się do wydatnego rozszerzenia jéj np. za pomocą narzędzia Holta. (*Archiv f. klin. Chirurgie* XXIV, 4).

Sprawozdawca miał sposobność postrzegania na swoim oddziale dwóch przypadków, które mogą służyć na poparcie wyżéj wymienionego twierdzenia. Pierwszy dotyczył mężczyzny po nad 40 lat mającego, z długotrwałém

zwężeniem cewki moczowéj, nie przepuszczającém ani grubych ani cienkich zgłębników. Przystąpiono do cięcia cewki zewnętrznego i w tym celu go zachloroformowano, lecz w chwili gdy wprowadzono itineraryjum grubości Nr. 12 ang., weszło ono z łatwością do pęcherza, tak iż cięcie okazało się zbytecznem. Drugi przypadek wydarzył mi się w kilka dni przed odczytaniem rozprawki Esmarcha. Trzydziestokilkoletni mężczyzna cierpiący na zwężenie cewki od lat 14tu i leczony przez różnych lekarzy, zgłosił się przed kilku dniami celem poddania się operacyi, na którą dawniéj nigdy się zgodzić nie chciał. Po wsunięciu sondy Nr. 14 ang. aż do miejsca zwężonego, cięto na niéj i przecięto tym sposobem cewkę powyżéj zwężenia; gdy jednak późniéj nie można było odszukać otworku w miejscu zwężonem, spróbowano jeszcze raz zgłębnikiem wyprężyć to miejsce, lecz tym razem wszedł tenże do pęcherza prawie bez użycia siły; zdaje się, że nacięcie mięśni ściskających cewkę usunęło kurcz tejże. Że w tym przypadku rzeczywiście miałem z kurczem do czynienia, przemawia za tém jeszcze i to, że gdy tenże sam chory przed 14tu laty zgłosił się do kliniki z zatrzymaniem moczu, trzeba było wykonać punkcyję pęcherza, z powodu niemożebności dostania się narzędziem przez cewkę; po wypuszczeniu zaś moczu trójgrańcem udało się natychmiast wprowadzić cewnik Nr. 12 ang. *A. O.*

Bouchardat: **Uwagi ogólne o mało rozpuszczalnych składnikach moczu pod względem ajtyjologicznym.**

Na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa medycyny publicznéj i higijeny rzemiosł, w dniu 26 listopada 1879 r., przedstawił B. wyjątek ze swego dzieła o higijenie dotyczący ajtyjologicznego znaczenia mało rozpuszczalnych składników moczu. Ze względu na ważność przedmiotu podajemy streszczenie téj pracy.

O pożytku, jaki odnieść możemy z poznania tworzenia się wydzielin w różnych stanach, w jakich człowiek znajdować się może, przekonamy się badając bliżéj tę zawiłą sprawę. Wydzieliny nerek zdają się być mniéj ważnemi dla higijeny niż wydzieliny skóry, bo mniéj znamy sposobów zmienienia ich, zwłaszcza gdy nerki mają tylko jednolitą czynność wytwarzania moczu, podczas gdy czynności skóry są nader złożone. Możemy jednak zmieniać dowolnie przyrodę moczu przez wpływ pożywienia, napojów i zmianę czasu wydzielania. Tak np. mocz ludzki po kilku dniach odpowiedniego zachowania się małym tylko ulega zmianom; bez względu na indywiduum, u którego badanie przedsiębierzemy, posiada on zawsze stale oddziaływanie kwaśne i jednakową ilość mocznika. Również jeżeli człowieka żywić będziemy chlebem i mięsem, zawsze mocz oddziaływać będzie kwaśno i zawierać jednakie ilości mocznika i fosforanów, lecz gdy zmienimy sposób życia, zastępując mięso i chleb ziemniakami i jarzynami, to po kilku dniach mocz stanie się alkalicznym a dwuwęglany zastąpią częściowo fosforany. Nawet gdyby przez kilka dni człowiek zadowalał się samemi tylko poziomkami, mocz mimo tego wyłącznie kwaskowatego pożywienia nabrałby oddziaływania alkalicznego. Widzimy więc z tego, że nic łatwiejszego nad zmienienie przyrody moczu zmieniając sposób życia.

Badanie moczu pod względem semiotycznym jest nader cenne i wiele w tym kierunku prac już podjęto, a pod względem higijenicznym jest ono również ważnem, bo może dać nam wskazówki dokładne o stanie zdrowia.

Gdy narząd moczowy nie działa prawidłowo, wcześniéj lub późniéj pojawiają się zaburzenia w innych narządach, pod względem więc ajtyjologicznym wydzielanie moczu obchodzi higijenę w wielu razach. Zwróćmy tylko obecnie uwagę na mało rozpuszczalne składniki moczu, z których powstaje piasek moczowy i kamienie moczowe. Spostrzeżenia wykazują, że choroby te są w pewnych okolicach częstszemi niż w innych. Ulegają im ludzie wszelkich stanów bez względu na wiek.

Autor jest mocno przekonanym, że rozpowszechniając wiadomości o przyczynach powstawania kamieni i piasku, o pierwszych ich znakach, dojdziemy do tego, ze choroby te stawać się będą coraz mniéj groźnemi, a nawet nadejdzie czas, że łatwo unikać ich będziemy dzięki postępom ochrony i terapii higijenicznéj uwzględniając dane z chemii i fizyjologii. Historyja tworzenia się piasku moczowego składa się z szeregu wybitnych cierpień, które koniecznie wypada od siebie odróżniać, jeżeli nie ma powstać zamięszanie co do pojęć. Nie możemy ograniczać się do badania osadów w nerkach i pęcherzu, które mianem piasku lub kamieni oznaczamy. Konieczność skłania nas do badań nad temi nieprawidłowemi osadami także w ogólnéj ekonomii życia a zwłaszcza we krwi. Badania te dozwolą nam nakoniec dotrzeć do racyjonalnego tłumaczenia wielu ciężkich cierpień. Jawnem jest, że nie tylko w nerkach i w pęcherzu osadza się szczawian wapna, fosforan amonowo-magnowy i moczany, które są wytworami ekonomii.

Przypuśćmy na chwilę, a przypuszczenie to odpowiada faktom, że szczawian wapna, fosforan i węglan wapna, fosforan amonowo-magnowy, moczany tworzą się w znacznéj ilości w narzędziach krążenia, czyż nie można dopatrzyć się w tém początku pewnych postaci zatorów. Czyż nie możnaby tłumaczyć w ten sposób najłatwiéj częściowych zastojów w krwiobiegu, dających powód do następowych strasznych powikłań. Wystarcza na teraz zwrócić tylko uwagę, że często spostrzegamy przypadki śmierci w skutek zatorów, nawałów krwawych lub surowiczych do mózgu u chorych zostających pod wpływem osadów szczawianu wapna, fosforanu amono-magnowego lub moczanów w narządzie krążenia.

Gdy te istoty mało rozpuszczalne osiadają w najdelikatniejszych rozgałęzieniach naczyń mózgowych, to sprawiają tam zatory a w skutek tychże zastoje w krwiobiegu, których następstwem bywa bądź pęknięcie naczyń, bądź też obumarcie części nieprawidłowo w krew zaopatrywanych. Oto najczęstszy sposób powstawania następowych wysięków krwawych, w skutek których przychodzi do rozmiękczenia mózgu powolnego lub postępowego. Gdy te zatory naczyń włosowatych pojawiają się w innych częściach ciała, zwłaszcza w odnogach dolnych, na ten czas widzimy przypadki zgorzeli tak zwanéj starczéj, tak częste w słodkomoczu, nieco jednak rzadsze niż odpowiednie przypadki w mózgu, którym tak często towarzyszą zboczenia narządu wzrokowego. Niedowidzeniu słodkomoczowemu towarzyszą prawie zawsze wynaczynienia w siatkówce połączone z zatorami drobnych naczyń. Niedomoga stosowania wzroku (*asthenopia accommodativa*), porażenie mięśnia nastawiającego oko, niezupełne porażenie stosowania wzroku (*paresis accommodationis*) według B. podobne mają źródło.

Nie trudno zrozumieć w obec takiego zapatrywania się na te sprawy, jak ważną jest rzeczą utrzymać w prawidłowéj czynności narząd wydzielniczy nerek lub przywrócić go ile

można najrychlej do stanu prawidłowego, aby uwolnić krew od tyle szkodliwych zanieczyszczeń. (*Rev. d'hyg. 1879*, Nr. 12) *K. Gr.*

A. Magnus (w Królewcu): **O przedarciu urazowém błony bębenkowéj.**

Odkąd zaczęto stósować przekłucie błony bębenkowéj w celach leczniczych, przekonano się, że rany cięte téj błony zalepiają się już po upływie 24 godzin a goją w przeciągu dni kilku tak dalece, że trudno znaleść nawet bliznę. Co większa przekłucie błony téj za pomocą narzędzi więcéj tępych, jak np. drutów, piór stalowych, cienkich gałęzi, sprawiające obrażenie nierównie większe, przebiegają względnie szybko i bez pozostawienia szkodliwych następstw. Z tego powodu dawniejsze mniemanie, jakoby obrażenie błony bębenkowéj miało bardzo wielką doniosłość, okazuje się mylném. Nie ulega wątpliwości, że błona bębenkowa pęknąć może skutkiem uderzenia ręką w okolicę ucha, ale w takim razie z pewnością przypuścić można, że błona ta już poprzednio nie była prawidłową, a mianowicie, że była albo ścieńczoną skutkiem poprzedzających nieżytów, lub kruchą w skutek złogów wapiennych, że więc istniało już usposobienie, pomimo, że ani chory ani otaczający go nic o tém usposobieniu nie wiedzieli, ponieważ takie zmiany w błonie nie pociągają wcale za sobą upośledzenia słuchu lub innych dolegliwości. Z drugiéj zaś strony wykazały doświadczenia Schmiedecampa i Grubera, że prawidłowa błona bębenkowa stawia silny opór; jeżeli więc nastąpiło przedarcie téj błony skutkiem urazu, mamy prawo przypuścić raczéj stan nieprawidłowy takowéj, aniżeli użycie wielkiéj siły; tak np. już przy wpuszczaniu sztucznem powietrza spostrzegamy pęknięcie błon bębenkowych ścieńczałych, pomimo że nie użyto wielkiéj siły. Jeżeli więc badanie wykazuje, że przedarta błona bębenkowa już poprzednio nie była prawidłową, należy okoliczność tę uwzględnić należycie przy ocenieniu uszkodzenia, ponieważ ona stanowi ważny szczegół łagodzący winę sprawcy. Przy dochodzeniu zaś pęknięcia nie wystarcza stósowanie próby Valsalvy, albowiem badany mógł mieć od dawna błonę uszkodzoną, choć o tém nic nie wiedział, ale potrzeba zbadać błonę bębenkową za pomocą wziernika, celem przekonania się, czy uszkodzenie jest świeżem. Czasem próba Valsalvy nie udaje się, a mianowicie wtedy, jeżeli szczelina jest bardzo wąską; w takim razie posługują się otyjatrzy sposobem takim, że wpędzają za pomocą kateteru powietrze do jamy bębenkowéj, napełniwszy poprzednio przewód uszny zewnętrzny wodą letnią i nachyliwszy głowę badać się mającego ku téj stronie; najmniejsza ilość baniek gazowych pojawiających się we wodzie dowodzi wtedy przedarcia błony bębenkowéj. Sposób ten jest pewnym ale dla badanego niebezpiecznym, bo woda rozpycha brzegi szczeliny, dostaje się do jamy bębenkowéj, i drażni błonę jéj śluzową; przy badaniu tak ścisłém szkodzi się więcéj obrażonemu, aniżeli sprawcy. Dlatego M. radzi sposób ten zastąpić innym, nieszkodliwym, a mianowicie wpędza on powietrze za pomocą kateteru, wsuwa rurkę kauczukową do przewodu zewn. ucha, a przed nią trzyma świecę zapaloną, unikając wszelkiego przeciągu; ruch płomienia zdradza wtedy przebicia błony bębenkowéj. Pod względem leczenia perforacyi bł. bębenkowéj M. zaleca wyczekiwanie; zatyka on ucho, zaleca spokój, wstrzymywanie się od gryzienia przedmiotów twardych, krząkania, a nie wątpi, że przy takiém zachowaniu się otwór w błonie bębenkowéj zasklepia się w ciągu 8—10 dni. (*Allg. W. med. Ztg.* 1880, Nr. 3). (Zwracamy uwagę lekarzy sądowych na rozprawkę powyższą, ponieważ w praktyce zazwyczaj przeceniamy doniosłość pęknięcia błony bębenkowéj. *Sprawozd.*) *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

ss) Dr. Dupuy podaje własności lecznicze przetworu żywicznego, wchodzącego w skład środka zwanego kava-kava. Z powodu wybitnego działania ściągającego (zwłaszcza na błonę śluzową cewki moczowéj) D. poleca lek ten w ostrym wiewiórze i zap. pochwy. Prócz tego środek ten posiada własności moczopędne i naślinne, nie wpływa zaś na wydzielanie potów, a jako *tonico-amarum* zaleca się także w pewnych cierpieniach przewodu pokarmowego. (*Wien. med. Bl.* 1880, Nr. 3.)

ss) Aby zażywanie olejku kleszczowinowego uczynić jak najmniéj przykrém, zwłaszcza w praktyce dziecięcéj, radzi Dr. Starcke (*Berl. klin. Wchft.*) dosypywać do potrzebnéj ilości olejku tyle grubo startego cukru, aż powstanie masa gęsta, ciastowata. Dzieci mają się tak zachwycać tym specyjałem, że zazwyczaj powstaje walka o prawo oblizania łyżki. Dla dorosłych można ciasto takie zawinąć w opłatek. W celu wzmocnienia działania olejku rycinowego można zamiast cukru użyć *pulv. liquirit. composit.* Dobrze jest przed zmięszaniem oziębić olejek, aby zgęstniał. W ostatniéj formie podobno i dorośli zażywają lek bez protestu.

ss) Dr. Purjesz stwierdził znakomite działanie antagonistyczne pomiędzy pilokarpinem a atropinem. U młodego człowieka wystąpiły po zażyciu 0·06 atropinu objawy bardzo ciężkiego zatrucia; w godzinę potém wstrzyknięto mu pod skórę pierwszą dawkę pilokarpinu. Po wstrzyknięciu 0·16 *pilocarp. muriat.* (po 0·01 w przestankach 5—10 minutowych) wszelkie przypady otrucia, nawet rozszerzenie źrenicy, ustąpiły zupełnie w ciągu trzech godzin. Działanie antagonistyczne pilokarpinu względem atropinu znane jest od dawna z licznych doświadczeń fizyjologicznych nad tym lekiem.

ss) Spodziewano się w okulistyce po duboisinie wszelkich zalet atropinu bez jakiegokolwiek działania ubocznego, jakie niekiedy wywołuje ostatni. Doświadczenie jednak nadziei tych nie ziściło, tak że przy użyciu duboisinu potrzebną jest ta sama ostrożność jak przy atropinie. Często wprawdzie się zdarza, że chorzy nie znoszący atropinu (silne zadrażnienie spojówki, drapanie w gardle, nosie i ustach itd.) znoszą duboisin bez wszelkich przypadów ujemnych, niekiedy jednak już po zapuszczeniu trzech kropel $^4/_5$ % rozczynu duboisinu do worka spojówkowego źrenica *ad maximum* się rozszerza, następuje porażenie mięśnia rzęskowego, silny zawrót, śpiączka itp. Rozszerzenie źrenicy po duboisinie trwa zazwyczaj krócéj niż po atropinie; $^2/_5$ % rozczyn duboisinu wystarcza. (*Seely, Arch. f. Augenheilk.* VIII 3, 1879). O dość częstych zatruciach duboisinem donoszą również Andrew, Swanzy, Story i Nettleship w Anglii, a w Niemczech Carl, według którego u dziewczynki 9-letniéj po wkropleniu 3—4 kropel 1% rozcz. duboisinu do oka już po $^1/_2$ godz. pojawiły się suchość w gardle, śpiączka i kilkugodzinne majaczenia.

ss) Dr. Schwarz opisuje (*Arch. f. Gynaek.* t. 11, 1) przypadek, w którym akuszerka wprowadziwszy rękę do wnętrza macicy w celu oddalenia łożyska oderwała całą macicę od pochwy. Dla zapobieżenia wypadnięciu jelit założył S. tampony z waty salicylowéj. Po 4ch dniach położnica nie gorączkowała, 21 dnia była zupełnie zdrową; badanie wykazało bliznowate zro-

śnięcie pochwy; późniéj prócz wielkiego pragnienia, trwającego $^3/_4$ roku, kobieta ta cieszyła się doskonałém zdrowiem.

ss) Jako bezkrwawy sposób usuwania mniejszych guzów i narośli (kaszaki, wodunki, tłuszczaki itp.) poleca Dohrn przeprowadzanie przez takowe nitki lub tasiemki. Przeciągnąwszy za pomocą igły krzywéj nić jedwabną woskowaną w kierunku największéj średnicy nowotworu, związuje się ją na szczycie guza, przez większe nowotwory przeciąga się dwie nici na krzyż lub grubszą tasiemkę. Wkrótce z otworów zaczyna wypływać wydzielina wodnista, późniéj gęsta, a guz się zapada; gdy tenże zupełnie się spłaszczy, nici się oddala.

ss) Baetz były asystent Wunderlicha w Lipsku a obecnie profesor w Tokio (w Japonii), walczy przeciw zalecanemu przez Koeniga, Wagnera, Goeschela itd. przecinaniu ściany klatki piersiowéj w każdym przypadku ropnéj wypociny w jamie opłucnéj. Na podstawie doświadczeń swych klinicznych radzi w przypadkach wypociny czysto ropnéj, zwłaszcza u dzieci, próbować zawsze najprzód punkcyi lub punkcyi z przepłukaniem jamy opłucnéj, a dopiero, gdyby zabiegi te zawiodły, przystąpić do nacięcia klatki piersiowéj. Zapatrywanie to popiera również asystent jego Kashimura, który do przepłukiwania jamy opłucnéj po punkcyi podaje przyrząd, polegający na połączeniu trójgrańca z dwiema cewami kauczukowemi, jednéj do odpływu wypociny ropnéj, drugiéj do dopływu cieczy do jamy opłucnéj. Do przepłukiwania poleca ciepłą wodę tymolową (1:1000). *(Berl. klin. Wchft* 1880, Nr. 3).

Oskar Simon (z Wrocławia) zaleca w świerzbiączce (*prurigo*) wstrzykiwania podskórne pilokarpinu (*pilocarpinum muriaticum)* w ilości 1 grm. dziennie z 2% rozczynu tego przetworu. W ten sposób dostaje chory na jednorazową dawkę 0·02 pilokarpinu. Po zastrzyknięciu tego leku chorzy świerzbiączką dotknięci pocą się mocno. Oboczne skutki tego przetworu występowały u tych chorych tak samo jak i u innych, skutkiem czego u niektórych osób musiano porzucić leczenie i przejść do innego sposobu. Zaraz po pierwszém użyciu tego środka swędzenie albo znacznie się zmniejsza, albo téż zupełnie ustępuje, wkrótce wyrzut się zmniejsza, skóra staje się gładszą i miększą. W ogólności w 14tu dniach, a w ciężkich przypadkach w 3—4 tygodni, następuje zupełne wyleczenie. Jeżeli równocześnie obok wstrzykiwań podskórnych stosuje się jeszcze leczenie miejscowe, przebieg cierpienia znacznie się skraca, i tak np. dobrze jest wywoływać za pomocą pilokarpinu we dnie poty, a na noc nacierać chorych dziegciem, albo téż przed południem wstrzykiwać pilokarpin, a popołudniu natrzeć chorych *cum oleo rusci* a potém zalecić im 2-godzinną ciepłą kąpiel. Simon zaleca równoczesne połączenie obu sposobów leczenia, tj. wstrzykiwania podskórne pilokarpinu obok leczenia miejscowego. *(Wiener mediz. Presse* Nr. 2, 1880). *Z.*

V. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie II zwyczajne z d. 21 stycznia 1880 r.

Przewodniczący Dr. Warschauer. Obecnych członków 16.

1. Przewodniczący zagajając posiedzenie przemówił temi słowy: Szanowni Koledzy! Powołany waszą życzliwością do piastowania godności Przewodniczącego w naszém Towarzystwie, mam sobie za obowiązek złożyć Wam szczere podziękowanie za obdarzenie mnie tym zaszczytem. Mojém staraniem będzie godnie odpowiedzieć obowiązkom na mnie włożonym, a ponieważ usiłowania jednostki w ciele zbiorowém zwykle nie wystarczają, bo tylko wspólną pracą dojść można do zamierzonego kresu, przeto upraszam szanownych kolegów, byście mnie raczyli wspierać waszą światłą radą i pomocą. Spodziewam się, że po zwinięciu kilku komisyj, w których szanowni koledzy tak znaczny udział braliście, ruch naukowy żywiéj jeszcze niż dotąd na posiedzeniach naszego Towarzystwa zatętni.

2. Przewodniczący złożył do biblijoteki Towarzystwa nadesłany zeszyt czasopisma *Nice médical.*

3. Kol. Smoleński odczytał swą pracę: „O wziewaniu cieczy rozpylonych jako o sposobie wprowadzenia leków do miąższu płucnego“. (Umieszczona w Przeglądzie).

W dyskusyi zabierał głos. kol. Ściborowski. Widzi on w doświadczeniach prelegenta ważną praktyczną doniosłość, zwłaszcza pod tym względem, że gdy z doświadczeń na królikach robionych okazało się, iż po zatkaniu nosa płyn do inhalacyj użyty wchodzi głębiéj do oskrzeli, a nawet do samego miąższu płucnego, tegoż samego sposobu i u ludzi można używać. Kol. Smoleński uznaje uwagę kol. Ściborowskiego za słuszną i dodaje jeszcze następujące szczegóły, na które przy inhalacyjach należy zwrócić uwagę: Jeżeli chory siedzi, należy głowę tegoż ku tyłowi pochylić, język ku dołowi ucisnąć a przez stósowne ułożenie próbować doprowadzić płyn do inhalacyj użyty nawet do górnych płatów płuc, co nie za pewną ale za możebną rzecz uważa.

Kol. Ściborowski namienia, że chorzy robiący wziewania daleko swobodniéj oddychają przy wyciągnięciu języka i przytrzymaniu tegoż niżli przy uciskaniu i znoszą pierwsze daleko lepiéj. Kol. Ponikło przytacza ciekawe spostrzeżenia na zwłokach suchotników, którzy w klinice lekarskiéj robili wziewania będźwinianu sodowego. Przy sekcyi wydobyto z maleńkich jamek w dolnych płatach płuc treść tychże i poddano rozbiorowi chemicznemu. Otóż w treści tych jamek wyśledzono będźwinian sodowy, a w żołądku dość sporą ilość kwasu będźwinowego.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Wasylewski.*

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie I z dnia 17 stycznia 1880 roku.

Przewodniczący kol. Warschauer, prezes T. L. K. Obecnych członków 15

1. Sekretarz Komisyi kol, Smoleński odczytał list dotychczasowego przewodniczącego kol. Prof. Korczyńskiego, w którym tenże nie mogąc przybyć na posiedzenie prosi kol. Warschauera o zwołanie posiedzenia i przeprowadzenie wyborów.

2. Kol. B. Hoff, prof. szkoły realnéj w Jarosławiu, odczytał rzecz: O borowinie z Morszyna, oraz o soli borowinowéj mrówczano-żelezistéj, zarazem okazał tak samą borowinę jako i jéj przetwory.

Borowina ta znajduje się w polu przytykającém do parku morszyńskiego 800 metrów długiém. a do 120 szerokiém, na metr głębokości. Pod gęstą tkanką ściśle poplątanych z sobą korzeni żyjących roślin znajduje się borowina, w górnych warstwach barwy aksamitno-czarnéj, ku spodowi przechodzącéj w brunatno szarawą, wilgotna, lekko zbita, dająca się w ręku ugniatać na masę niemal plastyczną, w któréj trudno dostrzedz ziarnka piasku lub innego ciała mineralnego, oprócz rozpadniętéj tkanki roślinnéj. Pod mikroskopem prócz twardych części drzewnych nie wykazuje już borowina znamion swego pochodzenia; tu i owdzie widać krzemieniste szkielety wymoczków. Borowina morszyńska jest bez woni, smaku słabo ściągającego i wyraźnie kwaśno oddziaływa, w warstwach głębszych ciężaru gat. 1,1183, z którego oblicza się ciężar bezwzględny 1 stopy sześciennéj 35,30 kilogramów. W powietrzu wysycha na gruby proszek brunatny, który po zwilżeniu wodą przybiera własności świeżéj borowiny kwaśno oddziaływającéj. Wytrawiając borowinę wodą zimną otrzymuje się wyciąg barwy jasno-żółtéj, zawierający kwas mrówkowy, mrówkan żelazowy, glinowy, kwas krzemowy, małe ilości wapniu, magnu i śladu alkaliów, obok rozpuszczonych istot próchnicowych. Mrówkan żelazowy i glinowy rozkłada się łatwo na kwas mrówkowy szczery i wodnik zasady. Podobne działanie wody na borowinę, połączone z sprawą geologiczną, odbywa się ciągle na polu borowinowém. W całéj okolicy Morszyna znajdują się w miejscach niżéj położonych gniazda ugru wskazujące, gdzie

istniala lub dziś jeszcze istnieje borowina. Ugier morszyński używany bywa jako farba malarska.

Rozbiór chemiczny borowiny wykazał w 100 częściach ciał organicznych 14,3849 ciał mineralnych 11.6686, wody 73,9502. W owych 14,3849 ciał organicznych, znajduje się

kwasu mrówkowego	0,0192,
„ próchnicowego	2,2392,
próchnicy *(humus)*	5,0624,
żywicy ciemno-zielonéj	0,1672,
komórecznika roślinnego	6,8989,

W 11,6686 ciał mineralnych, mieści się

tlenku żelazawego	1,3079,
„ glinowego	1,1338,
„ wapniowego	0,2856,
„ magnowego	0,1686,
„ sodowego	0,0204,
„ potasowego	0,0806,
kwasu fosforowego	0,0349.
„ siarkowego	0,0669,
„ krzemowego	8,5010,
chloru	0,0648,
ślady strontu, uru, cynku i strata	0,0041.

Na szczególową wzmiankę zasluguje kwas mrówkowy.

Zwykle do jednéj kąpieli używa się przynajmniéj 2 stopy sześcienne borowiny, które ważą 70 kilogramów (czasem 4 a nawet i więcéj), z téj ilości zatém woda ogrzana do 30° C. rozpuszcza 446 grm., w których jest kwasu siarkowego 13,44 grm., rozpuszczalnych kwasów próchnicowych 224,84, tlenku żelazawego 27,16 grm.

Borowina morszyńska korzystnie odróżnia się od znanych borowin zagranicznych już z tego powodu, że zwłaszcza brana z warstwy górnéj aksamitno-czarnéj nie podlega takim zmianom co do składu, jak borowiny w zdrojowiskach zagranicznych. Ze względu na skład chemiczny borowinę morszyńską wypada zaliczyć do tych odmian, które odznaczają się zamożnością w kwas mrówkowy czyli do borowin mrówczanych.

Zachowanie się borowiny morszyńskiéj względem wody zimnéj, letniéj i wrzącéj, dozwala przyrządzać z niéj kąpiele zastósowane do nastroju nerwowego chorych, kąpiel przyrządzona z wodą letnią (z $2\frac{1}{2}$ stop. sześ. borow.) zawierać będzie 13,44 grm. kwasu mrówkowego, a z wodą wrzącą 101 grm., dodawszy zaś na wymienioną ilość borowiny 30 grm. kwasu siarkowego rozcieńczonego, można wydobyć całą ilość kw. mrówkowego wynoszącą 132 grm.

Właściciel Morszyna p. Stiller rozsyła przetwory morszyńskie jak borowinę prasowaną w postaci cegiełek i sól borowinową mrówczano żelezistą, borowina prasowana w wodzie gorącéj rozpada się natychmiast na miał nader delikatny; od zupełnego wyschnięcia borowinę zabezpiecza się małym dodatkiem gliceryny, a rozsyła ją się w skrzyniach szczelnie zamkniętych; każda skrzynka, zawierająca 70 kilogr. jest zaopatrzona przepisem użycia cegiełek borowinowych i wykazem chemicznym składników.

Drugi przetwór, sól borowinowa mrówczano żelezista, zawiera w 100 częściach

kwasu mrówkowego	0,3341,
ciał próchnicowych rozpuszcz.	4,0667,
istoty cukrowéj	0.9500,
siarkanu żelazowego	23,7907,
„ glinowego	3,4886,
„ sodowego	33,7257,
„ wapniowego	1,0280,
wody krystalicznéj i wilgoci	32,6262.
Razem	100,0000.

Sól morszyńska podobną jest do soli francensbadzkiéj, lecz odróżnia się od niéj zamożnością w kwas mrówkowy, rozpuszczalne ciala próchnicowe, oraz małą ilość istoty cukrowéj, podlug wyrażenia p. Hoffa do cukru gronowego zbliżonéj i wonią przyjemną orzeźwiającą. Nadto sól ta w kąpieli z cieplej wody rozpuszczona nie rozkłada się jak sól francensbadzka.

W dyskusyi kol. J. Grabowski zwraca uwagę, że nie ma żadnego dowodu, aby tu mial być cukier gronowy, co najwięcéj można powiedzieć, że znajduje się w małéj ilości istota do cukru podobna. Wreszcie kol. Hoff prosi o wyznaczenie komisyi w celu bliższego zbadania borowiny morszyńskiéj i ocenienia jéj wartości do celów leczniczych.

3. Przystąpiono do wyboru zarządu na następne trzy lata. Gdy kol. Prof. Korczyński przez trzy lata chlubnie wywięzujący się z przyjętego obowiązku, na ostatniém posiedzeniu stanowczo od dalszego przewodniczenia czynnościom Komisyi balneolog. się wymówił, co później jeszcze kilku kolegom powtórzył, wybrano przewodniczącym Dra Władysława Ściborowskiego, a zastępcą przewodn. Dra Stanisława Pareńskiego. Na urząd sekretarza powolano kol. Stanisława Smoleńskiego, a na biblijotekarza kol. Bolesława Skórczewskiego, obydwu obowiązki te dotychczas pełniących.

Na tém posiedzenie zakończono.

Sekretarz *Dr. Smoleński.*

VI. Kilka wyjątków z księgi Hippokrata: O powietrzu, wodach i miejscach.

Z greckiego przełożył i kilku wyjaśnieniami opatrzył

prof. Dr. Józ. Oettinger.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3.)

22. Prócz tego jeszcze bardzo wielu Skitów popada w płciową nieudolność i kobiecemi zajmuje się sprawami i rozmawia z sobą podobnie jak niewiasty, a zwą się tacy zniemężnialcami (ἀνανδριεῖς). Miejscowi przypisują przyczynę Bogu i poważają takich ludzi i wielbią bojąc się każdy o siebie. Mnie zaś się zdaje, że takie cierpienia są boskie jak wszelkie inne, ani jedno od drugiego nie jest więcéj boskie, ani więcéj ludzkie, lecz wszystkie równe i wszystkie boskie; każde ma swoję przyrodę, a nic się nie dzieje wbrew przyrodzie. A cierpienie owo, jak zdaniem mojém powstaje, opowiem. Od jeżdzenia na koniu dostają nabrzmień około stawu, zwłaszcza, że im ciągle z koni zwisają nogi, potém kuleją i ściągają biodra ci, co mocno zachorowali. Leczą się zaś w ten sposób: jak tylko wszczyna się choroba, po za uchem z każdéj strony żyłę nacinają, a gdy krew odpływa, sen ogarnia ze słabości i usypiają, potém budzą się jedni uzdrowieni, drudzy nie. Owóż mnie się zdaje, że takiém leczeniem nasienie niszczeje, są bowiem koło uszu żyły, które gdy się natnie, to ponacinani stają się bezplodnymi, sądzę więc, że owe właśnie żyły nacinają. Jak skoro potém przychodzą do niewiast a nie zdołają ich użyć, to zrazu na to nie baczą, lecz spokojnie się zachowują, gdy zaś doświadczywszy dwa, trzy i więcéj razy nic innego nie wskórają, to mniemając, że zgrzeszyli przeciw Bogu, którego mają za sprawcę, wdziewają suknię niewieścią i przyznają się do własnego zniemężnienia, żyją zatém jak kobiety i razem z niewiastami te same, co one wykonywają roboty. Doznają tego z pomiędzy Skitów bogaci, nie najpośledniejsi, lecz najszlachetniejsi i dzierżący największą władzę, z powodu jazdy na koniu, mniéj zaś biedacy, bo nie jeżdzą. A wszakże należałoby raczéj, jak skoro ta choroba od innych więcéj wrzkomo jest boska, aby ona nie napadała jedynie najdostojniejszych i najbogatszych z pośród Skitów, ale wszystkich zarówno, a nawet więcéj tych, co malo posiadają i nie są cenieni, jeżeli Bogowie od ludzi wielbieni tymże sprzyjają i za to łaskami się odwzajemniają. Rzecz bowiem prosta, że bogaci wiele Bogom ofiarują i składają obiaty mając dostatki i cześć oddają; biedacy zaś mniéj, bo nie mają a jeszcze utyskują, że im nie dali dostatków, tak dalece, że za te grzechy posiadający mało powinniby kary raczéj odnosić, niż bogaci. Jednakże jak wyżéj rzekłem, boskie i to, jak wszystko inne, lecz dzieje się każda rzecz według

przyrody, a ta choroba z téj przyczyny Skitom się wydarza, jaką wyłuszczyłem. Ma się podobnie i z innymi ludźmi. Gdzie bowiem wiele a często na koniu jeżdżą, tam bardzo wielu dostaje obrzmień i cierpi na biodra i nogi a do spółkowania bywają najgorsi. Owoż spotyka to Skitów, że z pośród ludzi są płciowo najnieudolniejsi dla wzmiankowanych przyczyn i że zawsze chodzą w szarawarach a najwięcéj czasu na koniach spędzają, iż nawet ręką tykać nie mogą części wstydnych, a od zimna i trudu zapominają o żądzy i spółkowaniu, i nie zabierają się do tego pierwéj, aż póki nie zniemężnieli [1]. Owoż jak się ma z rodem Skitów.

Poprzestaję na tych kilku wyjątkach z księgi hippokratowéj, bo nie wiedząc, o ile one poszły w smak czytelnika, nie chciałbym przynajmniéj nadużywać dłużéj jego cierpliwości.

---

[1] O tém płciowém kalectwie Skitów, jako karze boskiéj, wspomina Herodot w swéj historyi (ks. I. rozdz. 105) temi słowy: „Skitowie całą zajęli Azyję. Stąd ruszyli na Ajgipt a gdy dostali się do palaistyńskiéj Syryi, Psamitych król Ajgiptu wyszedlszy ku nim darami i prośbami odwrócił ich, iż się daléj naprzód nie posuwali. Ci zaś cofając się, gdy dostali się do miasta syryjskiego Askalonu, to z pośród wielu Skitów mijających je spokojnie mała garstka zatrzymawszy się złupiła świątynię niebiańskiéj Afrodyty (οὐρανίης Ἀφροδίτης); jest zaś ta świątynia, jak się dowiedziałem, najstarsza ze świątyń, jakie ma ta Bogini. . . .

„Na tych zaś ze Skitów, co złupili świątynię w Askalonie, i na ich potomstwo dopuściła Bogini zniewiestną chorobę (θήλεαν νοῦσον); jak i sami przyznają Skitowie, że dla tego chorują i widzą u nich przybywający do kraju Skityjskiego, jak się rzeczy mają; nazywają ich Skitowie zniemężniałymi (ἐνάρεας)“.

Wiele już pisano o téj wzmiankowanéj przez helleńskiego dziejopisa niemocy, o téj Νοῦσος θήλεια, chcąc bliżéj odgadnąć i określić jéj istotę i przyrodę. Rozliczne w tym względzie zdania rozdzielić można według rodzaju domniemywanego zboczenia trojako:

1. Jedni przypuszczają nałóg sprośny a mianowicie: a Chłopcołóztwo *(Paederastia);* zdania tego byli: Longin, Bouhier, Toll i Pearce, Casaubonus i Costar, przyłączy się do nich Jul. Rosenbaum, który w dziele: *Geschichte der Lustseuche. I Theil. Halle* 1839, str. 141—219 szeroko dowodzi, iż tą nazwą oznaczano w starożytności ową postać téj wbrew przyrodzie dokonywanéj rozpusty płciowéj, która przypadała osobie biernéj, wyręczającéj niewiastę a zastępującéj pochwę odbytnicą. Nierządnika takiego zwali Rzymianie Pathicus; b) Samozmazę *(onania),* za którą oświadczył się Sprengel.

2. Chorobę cielesną: a) Krwawnice (Paweł Tomasz de Girac, Valckenarius, Bayer i inni); b) Rodzaj miesiączki (Lefévre i Dacier); c) Wiewiór *(Urethroblenorrhoea)* — Patin, Hensler i Degen; d) Uwiąd mud (*Atrophia testiculorum)* — Mercurialis i Stark.

3. Chorobę umysłową a zwłaszcza rodzaj zadumy przypuszczali Sauvages, Heyne, Bose, Koray i Friedreich.

Hippokrates okazuje się nam w postaci szlachetnego i światłego szermierza występującego do walki z zabobonem wierzącym w wpływ potęgi nadprzyrodzonéj na tę chorobę. Usiłuje on rzecz wyjaśnić na zasadzie znanych mu praw przyrody, poczytując drogę badania rozumowo doświadczalnego za jedynie wskazaną i zbawienną. Według jego opisu nie może tu być mowy o skutkach jakiéjś rozpusty, będącéj objawem wygórowanéj chuci, gdyż u Skitów popęd płciowy miał być nader słaby. Nowsi zresztą autorowie podali nam przykłady podobnego uwiądu narzędzi płciowych, stwierdzające tém bardziéj opowiadanie starożytnego lekarza, iż niektóre z nich odnoszą się właśnie do tego samego plemienia. Reineggs mówiąc o Tatarach nogajskich w dziele: *Allgem. topograph. Beschreibung des Kaukasus* etc. wydaném w r. 1796 przez Fr. E. Schrödera w tomie I, str. 269, wspomina o chorobie nieuleczném nagabującéj mężczyzn, w któréj oni tracą brodę i zdolność płciową, a wtedy unikają towarzystwa męzkiego, mieszkają razem z niewiastami i jak one się ubierają. Sprawdził to także Jul. Klaproth *(Reise in d. Caucasus und nach Georgien, Berlin* 1812, T. I, str. 283). Słynny chirurg Larrey spostrzegał w r. 1799 w czasie wyprawy egipskiéj w wojsku francuskiém zanik mud dobrowolny, który opisuje w pamiętnikach. *(Mémoires de chirurgie militaire et campagnes* T. II. p. 69).

O błonicy *(diphtheritis)* panującéj nagminnie na Podolu.

List II.

Kilka luźnych uwag o błonicy. Porównanie przypadłości w podręcznikach lekarskich z symptomami postrzeganemi podczas teraźniejszéj epidemii. O przyrzucie dyfterytycznym; opisanie niektórych przypadków zarażenia.

Muszę się zastrzedz na wstępie, nie piszę monografii o błonicy, zdaję tylko sprawę z przypadków postrzeganych przezemnie. Mówię z góry: w ciągu 26ciu ubiegłych miesięcy (od 1 października 1877 r. do 1 grudnia 1879) obserwowałem 702 osób dotkniętych błonicą, z tych 400 przelotnie tylko raz, dwa razy najwięcéj, a 302 od wystąpienia choroby aż do pomyślnego lub niepomyślnego jéj rozwiązania.

Otóż wszystko, co nie uszło mojéj uwagi, pragnę tu pragnę tu podać w treściwym przeglądzie. Raz więc jeszcze powtarzam, nie rozprawa to naukowa, ale pogadanka do felietonu waszego pisma nadająca się najwłaściwiéj.

Już wszakże na pierwszym kroku, grupując przypadki, spotykam trudności prawie niepodobne do przebycia. Toż dotąd nie mamy jeszcze należytego wyobrażenia o powstawaniu błonicy, niezgodziliśmy się na podział sprawy téj chorobowéj. Bo weźcie wydatniejsze prace uczonych, traktujące o kwestyi rzeczonéj, jaki tam chaos panuje! Bretonneau, protoplasta, zanim Valleux, który sam padł ofiarą błonicy, Bouchut, Labadie, Legzave, Senator, Waldenburg, Jacobi, Küchenmeister, Fiedler, Oertel, Eberth, Henoch, aż do postrzeżeń świeżych, tegorocznych Wissa, Heubnera, Eydama, Gnaedingera, każdy ze swoim występuje poglądem, każdy inne zdanie wypowiada. I tak kwestyja bakteryj na pierwszym figuruje planie. Letzerich naprzykład przed 8 albo 9 laty skła dał dowody „powstawania błonicy w skutek rozradzania się pewnego gatunku grzybka. Według niego rozwijające się z konidiów niteczki, przenikają pomiędzy komórki nabłonka, zamieniają przybłonek w drobną rozpadową masę i wnikają w błonę śluzową; jeżeli zaś zarodki przez nadgryzione naczynia dostają się do krwi lub limfy, to powstaje następczo choroba ogólna, *diphtheritis generalis.*“ Dowody przekonywające, a jednak Senator i Langenbeck, nie przypisywali grzybkom wielkiego znaczenia w kwestyi powstawania w mowie będącéj niemocy. Ebert wola, że bez mikrokoków nie masz błonicy, a Oertel wraz z Cohnem już je podporządkowuje i dzieli na tryby o jednym albo kilku rodzajach; występują więc tutaj *Sphaerobactria (micrococcus), Microbactria (Bacter. termo), Spirobactria,* formy nieokreślone itd. Leitgeb znowu dowodzi, że badając błony dyfterytyczne nie znalazł żadnych zarodków grzybków z wyjątkiem *Oidium lactis.* Wiss nareszcie, którego praca ukazała się w roku bieżącym, kwestyję bakteryj uważa za nierozstrzygniętą jeszcze, przypuszcza, że winna być ona przedmiotem dyskusyi, na nowych doświadczeniach opartéj.

Daléj co do przyrody choroby: Jacobi, Oertel, dzielą ją na miejscową i ogólną, Lewin na pierwotną i następową.

Co do poglądów makroskopijnych i histologicznych, także nie wszyscy zgadzają się na jedno, tak dalece, że Wagner i Rindfleisch natknąwszy się na spójność wysięku dyfterytycznego z błoną śluzową, nie odpowiadającą ich poglądom, zaliczyli tę jego odmianę do kategoryi dławca, a Wejgert, idąc w myśl wyżéj wzmiankowanych uczonych, nazwał ową odmianę błonicą wrzekomą, *pseudodiphtheritis*, inny znowu lubownik nomenklatury występuje z dyfteroidem itd. itd. Słowem w całym obozie niepewność, z po za któréj przegląda jasno to mianowicie, że niemocy staréj jak ludzkość zbadać jeszcze nie zdołano. My zaś wyrobnicy, ciurowie, a co najwięcéj luzacy w téj wielkiéj armii lekarskiéj, przysłuchując się poswarkom starszyzny, niewiemy często, do któréj przystać chorągwi, sprawdzić to co mówią luminarze nauki nie zawsze łatwo, bo kiedy jest materyjał do badań przydatny, braknie nam zwykle czasu, kiedy zaś na tym ostatnim zbywa, już materyjału nie znajdziesz. I wynosisz to przekonanie, że albo nowych jeszcze postrzeżeń nam potrzeba, albo wypadnie zgodzić się na jedno, że każda epidemija nosi na sobie piętno czasu, piętno okoliczności, pod wpływem których powstała.

Teraz o przypadłościach dyfteryi mówić nam z kolei wypada.

Że podczas nagminnie panującéj błonicy zapalenia nieżytowe gardła (*angina catarrhalis*) są na porządku dziennym, na to się zgodzi każdy, kto miał zręczność dłużéj albo krócéj przebywać u ogniska zarazy. W zakładzie naukowym, w którym pełnię obowiązki lekarza, liczy się 540 wychowańców; otóż w ubiegłym roku szkolnym (od 1 Września 1878 r. do 1 Lipca 1879) zaznaczyłem 105 przypadków rzeczonego niedomagania, więc około 20%. Miałyżby to być poronne błonicowe formy — jak to niektórzy utrzymują? Wątpię bardzo, dowodzą one atoli pewnéj predyspozycyi, zdarza się bowiem — jakto niżéj zobaczymy, że matka przebywająca czas jakiś w otoczeniu objętém zarazą dostaje słabéj anginy, kiedy jéj drobne dzieci ulegają błonicy, często nader groźnéj. Jeszcze jedna uwaga: zapalenia gardła daleko rzadziéj dosięgają wysokiego rozwoju w okresie trwania epidemii dyfterytycznéj, niżli to ma miejsce w innéj, wolnéj od niéj epoce; tak — wrzody gardziela są u nas teraz wyjątkiem, nawet u osób mających pewną skłonność do tego rodzaju niemocy. Obok zwykłego nieżytu gardła występuje jeszcze inna forma, sadowiąca się na migdałkach mianowicie wrzodzikowe zapalenie, które bym nazwał *angina pustulosa*. Fiedler już na nią zwrócił uwagę, mówi bowiem, — „że często nieznaczne cierpienia gardzieli, jak zapalenie torebek migdałków, uznawane zostają niesłusznie za błonicę". Manifestuje się ona w ten sposób, że w fałdach błony śluzowéj, okrywającéj obrzmiałe gruczoły, sadowią się małe białe albo żółtawe pęcherzyki, napełnione zbitą nie dającą się uskrobać ropą; pęcherzyki te często rozszerzają się, jakby rozpadają, tworząc ranki z dnem szarawém; niemocy towarzyszy lekki odczyn gorączkowy, a także utrudnione i bolesne przełykanie. Trwa ona od 6 do 12 dni najdłużéj. Oba wyżéj wyszczególnione cierpienia są jakby satelitami błonicy, są gruntem, na którym się ona łatwiéj rozwija, spotykamy je zwykle w rodzinach, gdzie pojedynczy członkowie ulegli dyfteryi. Postrzega się nawet pewnego rodzaju podporządkowanie. I tak — drobiazg dotknięty jest błonicą, starsi ulegają anginie; albo starsi zupełnie są wolni od niéj, wszystkie zaś formy spotykamy u dzieci; jedno — dotknięte błonicą septyczną — umiera, w kilka dni potém zapada drugie, ale tu dyfteryja nieprzechodzi granicy formy krupowéj, a chory przychodzi do siebie, ale zato trzeci, czwarty znowu w dni kilka ulega, pomimo największych ostrożności, nieżytowemu zapaleniu gardła, w trwodze trzymającemu całe otoczenie.

Błonica nieżytowa (katar błonicowy Senatora) objawiała się w sposób następujący: wysięk na migdałkach nieznaczny w postaci błony białawéj, więcéj zbitéj po brzegach, przeźroczystéj pośrodku, rzuconéj kępkami, często nawet przedstawiała się w postaci smugi bardzo podobnéj do rysunku używanego do malowania map, usadowionéj na spęczniałym migdałku o czerwonéj barwie; odczynu gorączkowego brakło albo był bardzo słaby, gruczoły podszczękowe słabo powiększone, nie bardzo czułe przy uciskaniu, przełykanie dość swobodne. Choroba trwała tydzień a najdłużéj półtora tygodnia. Często na drugi dzień następowało pogorszenie, a jednocześnie wytwarzały się błony grubsze, zupełnie nieprzeźroczyste, białe, albo biało-szarawe, ale już ku wieczorowi sprawa chorobowa się wstrzymywała, naturalnie w przypadkach pomyślnego przebiegu. Zastrzegamy tu, że i po rozwiązaniu pomyślném, w okresie zdrowienia, postrzegaliśmy u rekonwalescentów lekkie objawy porażenia gardziela, trwające 4 do 6 dni i przechodzące bez użycia środków lekarskich.

(Dokończenie nastąpi.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 stycznia. Komisyja Rady państwa, mająca obradować nad petycyją względem kwestyi Izb lekarskich, ukonstytuowała się obrawszy posła naszego Dra Gniewosza przewodniczącym a Dra Vosnjaka jego zastępcą. Do Komisyi téj należą i posłowie nasi: Czerkawski (lekarz) i Spławiński. Na pierwszém posiedzeniu Komisyi zapadła uchwała, aby przedewszystkiém wysłuchać zdania Rządu i w tym celu zaprosić reprezentanta rządowego na posiedzenie następne.

* Skład krajowéj Rady sanitarnéj w Morawie na czas od 1880 r. do 1882 włącznie: Przewodniczący Dr. Boner fizyk miejski w Bernie, zastępca jego Dr. Kuh; członkowie: prof. Pissling referent lekarski, lekarze powiatowi: Drowie Linhart i Wolf, Dr. Haller dyrektor, i Dr. Katholicky prymaryjusz szpitala pow. w Bernie.

* Członkami krajowéj Rady zdrowia w Czechach mianowani zostali na następne 3-lecie: radzcy rządowi proff. Jaksch, Halla i Maschka, proff. Kaulich i Weber, dyrektor szpit. powsz. Smoler, wreszcie prof. chemii Gintl członkiem nadzwyczajnym.

* **Praga czeska**. Kwartalnik znany w świecie naukowym, a dawniéj wielkiéj używający wziętości, „*Vierteljahrschrift f. prakt. Heilkunde*," który założony przez prof. Hallę wychodził pod jego redakcyją przez 36 lat, przestaje wychodzić w obec zwiększającéj się z każdym dniem konkurencyi na tém polu.

Dr. Alojzy Epstein habilitował się jako docent chorób dziecięcych i miał wykład próbny o żółtaczce noworodków.

* **Petersburg**. Dr. Alfons Erlicki, wychowaniec warszawskiéj szkoły głównéj bronił d. 15 bm. rozprawy swéj celem uzyskania stopnia Dra med. w Akademii medyko-chirurg. Stopień ten p. Erlickiemu przyznano.

* **Berlin**. W dniu 7—10 kwietnia rb. odbędzie się w Berlinie 9ty Zjazd chirurgów niemieckich. — Posiedzenia naukowe odbędą się 7 kwietnia przed i popołudniu w auli uniw., posiedzenia zaś demonstracyjne w klinikach Langenbecka i Bardelebena, gdzie chorzy, mający być przedstawieni, znajdą swe pomieszczenie, również i preparaty przesłać można co kliniki Langenbecka.

Lekarze zakładu Charité święcili setne posiedzenie Stowarzyszenia lek. tego zakładu wspólną biesiadą, śród któréj liczne wznoszono toasty. *Berl. klin. Woch.* podnosi toast rymowany, wypowiedziany przez prof. Adamkiewicza „*pro salute Caritatis.*"

* **Anglija**. Korzystając ze służącego sobie prawa arcybiskup kanterburski nadał stopień doktora medycyny Jakubowi Rogersowi, lekarzowi praktykującemu w Swansea.

* **Mianowania i odznaczenia**. Radca rządowy i prof. Dr. Müller wybrany na 3 lata dyrektorem zakładu weterynarskiego we Wiedniu potwierdzony został przez N. Pana, a adjunkt Korzil zamianowany został prof. ogólnéj patologii i anatomii patol. w tymże zakładzie. — Prof. Samuel Schenk we Wiedniu otrzymał krzyż kawalerski orderu róży brazylijańskiéj. — Proff. Biermer we Wrocławiu i Leydig w Bonn i radca sanitarny Dr. Wicherkiewicz otrzymali order czerwonego orła 4téj kl., prof. Henle w Gietyndze order korony 2giéj, a prof. Lewin w Berlinie order korony pruskiéj 3ciéj kl.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w d. 24 bm. w Uniwersytecie Jagiell. pp. Józef Tarchalski z Czołnochowa w Król. Polskiém i Stefan Filipkiewicz z Krakowa.

* **Nekrologija**. W Devonshire umarł Dr. Wilhelm Budd (urodzony w r. 1811) b. prof. kliniki lek. w szkole lek. w Bristolu, autor wielu prac o chorobach zakaźnych.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich**:

W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 2: Buszka: Przyczynek do statystyki śmiertelności w m. Krakowie (c. d.) — W *Medycynie* Nr. 4: Dunina: Trzy przypadki cierpienia mózgu. (dok.); — Kośmińskiego: Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyję, akomodacyję i ostrość widzenia. (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Józefa Natansona (w Warszawie). Przyczynek do historyi rozwoju glist okrągłych pasorzytnych (*Nematodes*). (Osobne odbicie z XI tomu Pam. Tow. nauk ścisłych w Paryżu). Paryż, 1879. w 4ce, str. 88 z 4 tabl. litogr. (Ocenę podamy później).

Piśmiennictwo lekarskie. SCHROEDER C. Krankheiten d. weibl. Geschlechtsorgane 4 Aufl. 1 Hälfte. M. Holzschn. gr. 8. Leipzig, Gogel. cpl. M. 10.

SCHÜSSLER Dr. Die Heilung d. Diphtheritis a. biochem. Wege 8. Oldenburg, Schulze. M. 50.

THOMAS G. Traité clinique des maladies des femmes. Trad. par Aug. Lutaud. 8. Avec. fig. Paris, Lauwereyns. Fr. 16.

VOIGT G. Für oder wider die Vivisection. 8. Leipzig, Voigt. M. 60.

VULPIAN A. Maladies du système nerveux. 8. Paris, Doin. Fr. 16,

WAGNER Dr. Ist d. acute Gelenkrheumatismus z. d. fieberhaften Infectionskrankheiten zu zählen. gr. 8. Aarau, Sauerländer. M. 1·40,

WISS E. Heilung und Verhütung d. Diphtheritis. gr. 8. Berlin-Hirschwald. M. 1.

ALT A. Compendium d. normalen u. pathol. Histologie d. Auges. M. Holzschn gr. 8. Wiesbaden, Bergmann. M. 10·60.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę tj. dnia 4go lutego rb. o godz. 5téj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém 1) kol. Obaliński mówić będzie o swoich doświadczeniach nad przetoczeniem *(transfusio)* krwi do jamy otrzewnowéj, 2) kol. Lustgarten zaś „o przypadku niezwykłéj choroby gorączkowéj."

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie posiedzenie w Piątek d. 6 lutego o godz. 5 popoł. w sali Akademii Umiejętności, na którém 1) przedstawionym zostanie plan czynności Komisyi w roku bieżącym; 2) kol. Skórczewski odczyta rzecz o dietetyce zdrojowéj.

Korespondencyje Redakcyi i Administracyi.

Dr. R. w Chełmnie: Serdeczne dzięki za życzliwość, ocenę umieścimy w przyszłym numerze, a dalszego ciągu sprawozdania szpitalnego oraz zapowiedzianego sprawozdania z dzieła B. oczekujemy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

ADMINISTRACYJA
Przeglądu Lekarskiego

załatwiać będzie

reklamacyje z r. 1879

po dzień **15 Lutego r. b.**

Kwartał I. z r. 1879 jest wyczerpanym.

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.